

ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Π.Μ.Σ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΧΡΟΝΙΩΝ  
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ**



**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΜΠΟΥΡΑΤΖΗΣ**

**A.M.: 00001404**

Επιβλέπων Καθηγητής: Βοζίκης Αθανάσιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Οικονομικής Επιστήμης  
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Α΄ Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Τούντας Ιωάννης, Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής  
Ιατρικής, ΕΚΠΑ

Β΄ Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Καντζανού Μαρία, Επίκουρη Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και  
Προληπτικής Ιατρικής ΕΚΠΑ

**ΑΘΗΝΑ**

**ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2020**

# Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ .....	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT .....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> : ΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ .....	11
<b>1.1 Εισαγωγή</b> .....	11
<b>1.2 Ορισμός της Χρόνιας Ασθένειας και Νοσημάτων</b> .....	12
<b>1.3 Κατηγορίες χρόνιων νοσημάτων</b> .....	13
<b>1.4 Ορισμός επιδημιολογίας</b> .....	13
1.4.1 Σκοπός και χρήσεις της επιδημιολογίας.....	14
<b>1.5 Η Επιδημιολογία χρόνιων νοσημάτων</b> .....	16
<b>1.6 Συμπτωματολογία χρόνιων νοσημάτων</b> .....	20
1.6.1 Ρευματοειδής αρθρίτιδα .....	20
1.6.2 Λευχαιμίες .....	22
1.6.3 Κακοήθεις νεοπλασίες.....	23
1.6.5 Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	24
1.6.6 Παθήσεις των νεφρών .....	25
1.6.7 Σακχαρώδης Διαβήτης.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : Επιδημιολογικά Στοιχεία για την Ελλάδα, την Ευρώπη και διεθνώς .....	28
<b>2.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία Χρονίων Νοσημάτων για την Ελλάδα</b> .....	28
<b>2.2 Επιδημιολογικά Στοιχεία Χρονίων Νοσημάτων για την Ευρώπη</b> .....	32
<b>2.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία Χρονίων Νοσημάτων στον υπόλοιπο κόσμο</b> .....	36
2.3.1 Η ανάδυση, μια πρόσφατη έννοια .....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ .....	45
<b>3.1 Εισαγωγή</b> .....	45
<b>3.2 Ορισμός ποιότητας ζωής</b> .....	49
3.2.1 Ποιότητα ζωής και υγεία .....	54
3.2.2 Ποιότητα ζωής και Ασθένεια .....	56
<b>3.3 Ψυχολογικές φάσεις κατά την διάρκεια της ασθένειας</b> .....	60
<b>3.4 Παράγοντες που διαμορφώνουν την ψυχολογία του ασθενούς</b> .....	63

3.5 Δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής .....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> : ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ-ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ.....	69
4.1 Εισαγωγή.....	69
4.2 Ανάλυση και ερμηνεία αποτελεσμάτων.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> : ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	113
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....	117

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ**

Αρχικά θα ήθελα να εκφράσω την εκτίμησή μου στο πρόσωπο του επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Αθανάσιου Βοζίκη για τις εύστοχες παρατηρήσεις του επί της πτυχιακής μου εργασίας και για την όλη βοήθεια που μου παρείχε καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου στο ΠΜΣ Σχεδιασμός & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω την εκτίμηση μου στα δύο άλλα μέλη της επιτροπής, τον Καθηγητή κ. Τούντα Ι. και την Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Καντζανού Μ. για τον κόπο που έκαναν να διαβάσουν την εργασία μου και να συμβάλουν με τις δικές τους παρατηρήσεις και αυτοί στην τελική της μορφή.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση και εμπύχωση που μου πρόσφεραν στη συγγραφή αυτής της πτυχιακής εργασίας.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η αναζήτηση και εκτίμηση της όποιας σχέσης μεταξύ Κοινωνικοοικονομικών Παραγόντων και Χρόνιων Νοσημάτων.

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η μέτρηση των Κοινωνικοοικονομικών Παραγόντων μπορεί να επιτευχθεί με την χρήση συγκεκριμένων Δεικτών (Δείκτης Ευημερίας CASP, Δείκτης Κατάθλιψης, κλπ.). Για την εκτίμηση της όποιας σχέσης του προαναφερθέντος στόχου μας, έγινε χρήση του στατικού πακέτου SPSS 24.0 και ειδικότερα στατιστικές τεχνικές που αφορούν σε περιγραφικά μέτρα, σε διαγράμματα συνάφειας Crosstabulation και σε έλεγχο συσχετίσεων και συγκεκριμένα του Spearman.

Αναλυτικά, στο 1ο Κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια των Χρόνιων Νοσημάτων και της Χρόνιας Ασθενείας. Ακόμα γίνεται αναφορά σε ιστορικά στοιχεία και στην επιδημιολογία. Παρουσιάζεται αναλυτικά η επιδημιολογία στα Χρόνια νοσήματα καθώς και όλες οι συμπτωματολογίες τους.

Στο 2ο Κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση Επιδημιολογικών Στοιχείων των Χρόνιων Νοσημάτων που αναφέρονται στην Ελλάδα, στην Ευρώπη αλλά και διεθνώς.

Στο 3ο Κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια της ποιότητας ζωής, παρουσιάζεται ο ορισμός της αλλά και βασικά χαρακτηριστικά του περιεχομένου της. Καταδεικνύεται η ύπαρξη σχέσης μεταξύ ποιότητας ζωής με την υγεία και την ασθένεια όπως και οι επιπτώσεις στην ψυχολογία του ανθρώπου. Παρουσιάζονται στοιχεία για την στάση των πασχόντων με χρόνια νοσήματα αλλά και σημαντικοί Δείκτες Υγείας που ποσοτικοποιούν τα προαναφερθέντα.

Στο 4ο Κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση και ανάλυση των δεδομένων με στόχο την εξεύρεση συμπερασμάτων από την χρήση στατιστικών τεχνικών και ελέγχων με την παρουσίαση πινάκων καθώς και διαγραμμάτων τα οποία έχουν εξαχθεί με την βοήθεια του προγράμματος SPSS 24.0.

Τέλος, στο 5ο Κεφάλαιο γίνεται μια συγκεντρωτική παρουσίαση των συμπερασμάτων της όλης εργασίας.

# ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΙ ΟΡΟΙ:** Κοινωνικοί Παράγοντες Οικονομίας, Δείκτες κοινωνικής οικονομίας, Δείκτης Ευημερίας, Δείκτης Άγχους, Χρόνια Νοσήματα

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κάθε χώρα στον κόσμο επηρεάζεται από τον καταγιστικό ρυθμό αύξησης των χρόνιων νοσημάτων, και την ανάγκη για πρόσβαση σε κατάλληλη, οικονομικά προσιτή φροντίδα για τους πάσχοντες. Αν και η οικονομική ανάπτυξη και η σύγχρονη Ιατρική βοήθησε στη μείωση των λοιμωδών νοσημάτων, κάποιες διαστάσεις της παγκοσμιοποίησης συνέτειναν στην αύξηση των Χρόνιων Νοσημάτων. Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η αναζήτηση και εκτίμηση της όποιας σχέσης μεταξύ Κοινωνικοοικονομικών Παραγόντων και Χρόνιων Νοσημάτων. Για την εξαγωγή συμπερασμάτων έγινε συλλογή, επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων, χρησιμοποιώντας δεδομένα από την ευρωπαϊκή βάση δεδομένων easySHARE 7.0 και συγκεκριμένα στο κύμα 7 το οποίο είναι ένα απλουστευμένο σύνολο δεδομένων Ατόμων με Χρόνια Νοσήματα (AXN). Εφαρμόστηκαν τεχνικές Στατιστικής Ανάλυσης όπως Ανάλυση Περιγραφικών Μέτρων, Σχήματα Συνάφειας Crosstabulation και τον Συντελεστή Γραμμική Συσχέτισης του Spearman. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η μέτρηση των Κοινωνικοοικονομικών Παραγόντων μπορεί να επιτευχθεί με την χρήση συγκεκριμένων Δεικτών (Δείκτης Ευημερίας CASP, Δείκτης Κατάθλιψης, κλπ.). Με βάση τα αποτελέσματα λοιπόν καταλήξαμε πως οι 3 Δείκτες δείχνουν να επηρεάζουν περισσότερο το γυναικείο φύλο.

Εμφανίστηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ του Δείκτη Κατάθλιψης και του Δείκτη ποιότητας ζωής αλλά και της ευημερίας CASP. Ακόμα τα αποτελέσματα μας κατέδειξαν πως τα χρόνια νοσήματα επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου. Επιπλέον το στοιχείο της ανάλυσης μας κατέδειξαν πως τα οικονομικά στοιχεία (εισόδημα) επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου.



# **SOCIO-ECONOMIC FACTORS OF CHRONIC DISEASES FOR PERSONS 50+ YEARS OLD**

**KEYWORDS:** Socio-Economic Factors, 50+ years old, Prosperity Index, Stress Index, Chronic Disease

## **ABSTRACT**

Every country in the world is affected by the rapid growth rate of chronic diseases, and the need for access to appropriate, affordable care for those suffering. Although economic development and modern medicine have helped to reduce lung cancer, some dimensions of globalization have contributed to the increase in Chronic Disease. The purpose of this thesis is to explore and evaluate any relationship between Socioeconomic Agents and Chronic Diseases. Conclusions were collected, processed and analyzed, using data from the European easySHARE 7.0 database, and in particular Wave 7, which is a simplified Chronic Disease (ADR) dataset. Statistical Analysis techniques such as Descriptive Measures Analysis, Crosstabulation Relevance Schemes and Spearman's Linear Correlation Coefficient were applied. According to the existing literature, the measurement of Social and Economic Factors can be achieved using specific indicators (CASP Well-being Index, Depression Index, etc.). Based on the results of the other results, we concluded that the 3 Indicators appeared to affect the female sex more. There was a high correlation between the Depression Index and the Quality of Life Index and CASP well-being. Even our results have shown that chronic diseases significantly affect a person's quality of life. In addition, data from our

analysis have shown that economic data (income) has a significant impact on a person's quality of life.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

### 1.1 Εισαγωγή

Κάθε χώρα στον κόσμο επηρεάζεται από τον καταγιμιστικό ρυθμό αύξησης των χρόνιων νοσημάτων, και την ανάγκη για πρόσβαση σε κατάλληλη, οικονομικά προσιτή φροντίδα για τους πάσχοντες. Παρ' όλο ότι η οικονομική ανάπτυξη και η εισαγωγή της σύγχρονης Ιατρικής βοήθησε στη μείωση κυρίως των λοιμωδών νοσημάτων, κάποιες διαστάσεις της παγκοσμιοποίησης συνέτειναν στην αύξηση του ανθυγιεινού τρόπου ζωής που εγκυμονεί μακροπρόθεσμους κινδύνους για την υγεία των ανθρώπων, όπως είναι οι μη μεταδοτικές ασθένειες (NCDs) και οι ψυχικές διαταραχές. Όλοι οι άνθρωποι κινδυνεύουν, αλλά περισσότερο οι περιθωριοποιημένες από την παγκοσμιοποίηση ομάδες που ζουν αναπτυγμένες περιοχές του πλανήτη. Τα χρόνια νοσήματα, έχουν παραδοσιακά συσχετιστεί με τον αναπτυγμένο κόσμο και θεωρούνται νοσήματα της αφθονίας και του πλούτου, τα οποία επηρεάζουν κατά κύριο λόγο τους ηλικιωμένους και πλουσίους. Αντίθετα, η προσοχή στον αναπτυσσόμενο κόσμο και κυρίως στις χώρες της υποσακχάριας Αφρικής, έχουν επικεντρωθεί περισσότερο στις μεταδοτικές ασθένειες, στις συνθήκες διαβίωσης και σε όσους έχουν μειωμένη αγοραστική δύναμη. Τα άτομα σε παραγωγική ηλικία φαίνεται, πως επηρεάζονται και προσβάλλονται σε μεγαλύτερο βαθμό. Σε χώρες που παρατηρείται ευρεία διακύμανση των εισοδηματικών στρωμάτων, η υγεία και η ασθένεια ακολουθούν μία ανάλογη κοινωνική διαβάθμιση: όσο χαμηλότερο είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τόσο χειρότερο είναι το επίπεδο υγείας. Το ραγδαία αυξανόμενο φορτίο αυτών των ασθενειών επηρεάζει δυσανάλογα τους φτωχούς και

περιθωριοποιημένους πληθυσμούς, συμβάλλοντας έτσι στη διεύρυνση του χάσματος της ανισότητας στην υγεία, τόσο μεταξύ των χωρών όσο και στις κοινωνικές δομές της κάθε χώρας.

## **1.2 Ορισμός της Χρόνιας Ασθένειας και Νοσημάτων**

Η σύνθετη φύση της Χρόνιας Ασθένειας και των Νοσημάτων επηρέασε το βαθμό δυσκολίας για την εξεύρεση ενός ορισμού που θα κάλυπτε όλες τις περιπτώσεις και καταστάσεις των Χρόνιων Ασθενειών. Πολλοί επιστήμονες επιχείρησαν κατά καιρούς να ορίσουν τη “Χρόνια Ασθένεια - Νοσήματα” και έδωσαν διάφορους ορισμούς. Η Εθνική Επιτροπή Χρόνιων Νοσημάτων των ΗΠΑ ορίζει τη χρόνια νόσο ως οποιαδήποτε επιδείνωση ή απόκλιση από τη φυσιολογική κατάσταση με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- ✓ Η νόσος είναι μόνιμη
- ✓ Αφήνει υπολείμματα ανικανότητας
- ✓ Προκαλείται από μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές και μπορεί να απαιτεί μακροχρόνια επίβλεψη, παρακολούθηση ή φροντίδα.

Σύμφωνα με την Coe, «Χρόνια Ασθένεια είναι μια κατάσταση που αντιμετωπίζει κάποιο άτομο σαν αποτέλεσμα πολλών αιτιών που επιδρούν στο άτομο στην πορεία του χρόνου και επηρεάζει ένα σχετικά σημαντικό τμήμα του σώματός του. Αυτά τα πολλαπλά αίτια και η αντίδραση του ατόμου σ' αυτά έχουν τις ρίζες τους:

- a) Στην ίδια την ασθένεια
- b) Στο περιβάλλον

c) Στον ανθρώπινο πληθυσμό.» (Σαπουντζή Δ. - Κρεπιά, 1998)

### **1.3 Κατηγορίες χρόνιων νοσημάτων**

Στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται μακροχρόνια νοσήματα, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι κακοήθεις νεοπλασίες, ο διαβήτης κ.τ.λ., που ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος της σημερινής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι δεν οφείλονται σε μικροβιακούς παράγοντες, αλλά δημιουργούνται από ιδιοσυγκρασιακούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Από τα παραπάνω δείγματα οι κακοήθεις νεοπλασίες, που είναι περισσότερο γνωστές με το συλλογικό όνομα καρκίνος, περιλαμβάνουν στην πραγματικότητα πολλές μορφές ανώμαλης υπερπλασίας των κυττάρων με διάφορη εντόπιση στο σώμα και μεγάλη θνητότητα. Όλες μαζί ευθύνονται για το ένα πέμπτο περίπου των θανάτων που σημειώνονται κάθε χρόνο στη χώρα μας και εμφανίζονται, κυρίως, στις προχωρημένες ηλικίες.

### **1.4 Ορισμός επιδημιολογίας**

Σύμφωνα με τον Δ. Τριχόπουλο, επιδημιολογία «είναι η μελέτη της κατανομής και της εξελίξεως διαφόρων νοσημάτων ή χαρακτηριστικών στον ανθρώπινο πληθυσμό και των παραγόντων που τις διαμορφώνουν ή μπορούν να τις επηρεάσουν».(Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία, 1982) Στο παρελθόν η επιδημιολογία οριζόταν ως η επιστήμη η οποία μελετά τις επιδημίες, τις λοιμώδεις, δηλαδή ασθένειες, οι οποίες αθρόα και απότομα προσβάλλουν πλήθος ανθρώπων. Τέτοιες νόσοι είναι η πανώλης, η ευλογία, ο εξανθηματικός τύφος, ο κίτρινος πυρετός, η ελονοσία, η

χολέρα, η φυματίωση και τέλος όλες οι άλλες λοιμώξεις και οι διάφορες παρασιτικές νόσοι. Με το πέρασμα των χρόνων έγινε αντιληπτό ότι ο προηγούμενος ορισμός, η έρευνα των επιδημιών, καθώς και το περιεχόμενο της επιδημιολογίας ήταν εξαιρετικά περιορισμένα. Μερικές από τις επιδημικές νόσους η επιστήμη ήταν σε θέση να τις αντιμετωπίσει λυσιτελώς, να προλάβει, να περιορίσει δραστικά ή και να τις εξαλείψει τελείως. Στην διεύρυνση του περιεχομένου της επιδημιολογίας και των αντικειμένων έρευνας της επιστήμης αυτής οδήγησε σταδιακά και η μεταβολή της νοσολογίας των ανθρώπων. Στις μέρες μας η επιδημιολογία μελετά τα αίτια, την συχνότητα και την κατανομή, καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όλων των νοσημάτων και υποδεικνύει τα κατάλληλα μέτρα για τη πρόληψή τους. Δεν ασχολείται πλέον μόνο με την έρευνα των λοιμικής αιτιολογίας επιδημιών, όπως αυτό συνέβαινε σχεδόν αποκλειστικά στο παρελθόν, αλλά με κάθε νόσο ή πάθηση η οποία επιπολάζει τον πληθυσμό. Κατά συνέπεια τόσο τα λοιμώδη και τα παρασιτικά νοσήματα, όσο και τα νεοπλάσματα αποτελούν αντικείμενο μελέτης της επιδημιολογίας.

#### **1.4.1 Σκοπός και χρήσεις της επιδημιολογίας**

Η επιδημιολογία που αποσκοπεί στην παρεμπόδιση της ομαδικής νοσήσεως (επιδημίας), προσπαθεί να καταστρέψει ή να απομονώσει την αρχική εστία και να αποκόψει τους δρόμους προσπελάσεως ή να ενισχύσει την (βιολογική) αντίσταση του πληθυσμού κατά του κινδύνου που τον απειλεί. Μερικές από τις κυριότερες χρήσεις και τους σκοπούς της επιδημιολογίας είναι οι ακόλουθοι:

- ❖ Μέτρηση και περιγραφή της νοσηρότητας και της θνησιμότητας και έλεγχος των χρονικών τους εξελίξεων.(Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία, 1982) Η μέτρηση της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών τους χρησιμεύουν για τη διαπίστωση των προβλημάτων υγείας μιας χώρας ή μιας μικρότερης περιοχής, για την εντόπιση υποομάδων του πληθυσμού με ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο για ένα ή και περισσότερα νοσήματα, για τον υπολογισμό της ατομικής πιθανότητας προσβολής από ένα νόσημα ή θανάτου από αυτό στη διάρκεια της ζωής ή μιας ορισμένης περιόδου, κ.λ.π.
- ❖ Συμβολή στην ανακάλυψη αιτιολογικών παραγόντων και στη διευκρίνηση αιτιολογικών μηχανισμών σε νοσήματα άγνωστης αιτιολογίας.(Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία, 1982) Είναι το αντικείμενο της επαγωγικής αναλυτικής επιδημιολογίας και μια από τις σημαντικότερες χρήσεις της επιδημιολογίας γενικότερα.
- ❖ Διερεύνηση των αιτιών και των συνθηκών που προκάλεσαν την έκρηξη μιας συγκεκριμένης επιδημίας.(Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία, 1982) Είναι το αντικείμενο της παραγωγικής αναλυτικής επιδημιολογίας και αφορά συνήθως επιδημίες λοιμωδών νοσημάτων, τροφικών και επαγγελματικών δηλητηριάσεων.
- ❖ Συμβολή στην κατανόηση της φυσικής ιστορίας διαφόρων νοσημάτων.(Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία, 1982) Με τεχνικές της αναλυτικής επιδημιολογίας εκτιμάται η διάρκεια των διαφόρων σταδίων μιας νόσου, υπολογίζεται η συχνότητα των ενδεχόμενων εκβάσεων, μελετώνται οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση, καθορίζονται τα όρια αξιοπιστίας των προγνωστικών

εκτιμήσεων, ελέγχεται η θεραπευτική αξία διαφόρων φαρμάκων και χειρουργικών επεμβάσεων, κ.λ.π.

- ❖ Συμβολή στην αιτιολογική ταξινόμηση νοσημάτων και στην ταυτοποίηση συνδρόμων.(Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία, 1982) Με τεχνικές της αναλυτικής επιδημιολογίας διαχωρίστηκε το αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα που δε συσχετίζεται με το κάπνισμα, από τους άλλους ιστολογικούς τύπους του βρογχογενούς καρκινώματος που συσχετίζονται έντονα μ' αυτό, κ.λ.π.
- ❖ Συμβολή στον προγραμματισμό, την οργάνωση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περιθάλψεως.(Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία, 1982) Οι τεχνικές τόσο της περιγραφικής, όσο και της αναλυτικής επιδημιολογίας είναι απαραίτητες για τον ορθολογικό προγραμματισμό και τη σωστή αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περιθάλψεως.

### **1.5 Η Επιδημιολογία χρόνιων νοσημάτων**

Σύμφωνα, με τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών, τα τελευταία χρόνια υπάρχει αύξηση της συχνότητας των κακοηθών νεοπλασιών λόγω της πληθώρας των νεοφανών εξωγενών, περιβαλλοντικών παραγόντων στους οποίους υπόκεινται η ανθρωπότητα. Η αύξηση αυτή οφείλεται, ακόμη, στην επιμήκυνση του μέσου όρου ζωής των ανθρώπων και επομένως στην αύξηση του αριθμού των ατόμων ηλικίας άνω των 60-65 ετών. Συνέβαλε επίσης, και η βελτίωση της διαγνώσεως των διαφόρων μορφών καρκίνου οι οποίες στο παρελθόν καταχωρούνταν σε άλλες ομάδες παθήσεων ή παρέμειναν τελείως αδιάγνωστες. Η αύξηση της επιπτώσεως



του καρκίνου που παρατηρείται σε παγκόσμια κλίμακα τις τελευταίες δεκαετίες φαίνεται ότι αναφέρεται πρωτίστως στο άρρεν φύλο. Υπάρχουν ενδείξεις πως στις χώρες με άρτια υγειονομική οργάνωση σημειώνεται σταθερότητα στη συχνότητα του καρκίνου και στις γυναίκες. Η συνεχής αύξηση των κακοηθών νεοπλασιών στους άνδρες οφείλεται, κυρίως, στην συνεχή αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα. Ο καρκίνος του πνεύμονος αυξάνεται σε συχνότητα και στα δύο φύλα, περισσότερο στους άνδρες, και το ίδιο συμβαίνει και με τις λευχαιμίες. Στους άνδρες ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζει την πιο μεγάλη συχνότητα, ακολουθεί το δέρμα και τρίτο το στομάχι. Για τις γυναίκες οι μαστοί έχουν την πρώτη θέση στη συχνότητα εντοπίσεως του καρκίνου.(Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία, 1982) Η εντόπιση του καρκίνου στα όργανα και τους ιστούς του ανθρώπου διαφέρει από χώρα σε χώρα. Η διαφορετική συχνότητα παίρνει διαφορετικό φυλετικό χαρακτήρα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του καρκίνου του μαστού. Η εντόπιση του καρκίνου στο μαστό είναι πολύ συχνή στις ΗΠΑ, την Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη, έχει ενδιάμεση συχνότητα στα Βαλκανικά κράτη και στην Ανατολική Ευρώπη, μικρότερη συχνότητα στις γυναίκες της Νότιας Ασίας και σπάνια στο γυναικείο πληθυσμό της Ιαπωνίας και Ινδονησίας. Η πορεία της θνησιμότητας από καρκίνο σε σχέση με την ηλικία παρουσιάζει μεγάλη έξαρση μετά το 50ο έτος της ηλικίας, ενώ στην ηλικία 30-40 ετών είναι πολύ περιορισμένη. Η μελέτη της σχέσεως που έχει το επάγγελμα στην εμφάνιση του καρκίνου αποκάλυψε τους επαγγελματικούς κινδύνους καρκινογένεσεως.(Μαλγαρινού Μ.Α. - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1987) Η μείωση της θνησιμότητας των ασθενών με καρκίνο και η αύξηση της επιβιώσεως οφείλονται σε ορισμένους παράγοντες, όπως :

- ❖ Η διάγνωση της αρρώστιας γίνεται στα αρχικά της στάδια πριν ακόμα γίνουν μεταστάσεις.
- ❖ Τα διαγνωστικά μέσα και οι τεχνικές είναι πολύ καλύτερες σήμερα.
- ❖ Οι άρρωστοι εφαρμόζουν θεραπεία μέσα στους τέσσερις πρώτους μήνες από τη διάγνωση της αρρώστιας.
- ❖ Οι μέθοδοι θεραπείας και οι τεχνικές με τις οποίες εφαρμόζεται είναι πιο τελειοποιημένα από ότι ήταν στο παρελθόν.
- ❖ Υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες και γίνεται καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τους καρκινογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος.(Μαλγαρινού Μ.Α. - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1987)

Στην χώρα μας διαπιστώνεται σταθερά μακροχρόνια αυξητική τάση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η στεφανιαία νόσος της καρδιάς αποτελεί σήμερα την κυριότερη αιτία θανάτου στις προηγμένες υγειονομικά χώρες. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι συχνότερα στους άνδρες και η νοσηρότητα όπως και η θνησιμότητα αυξάνουν με την ηλικία. Οι νόσοι είναι συχνότερες στον αστικό πληθυσμό παρά στον αγροτικό και προσβάλλουν περισσότερο τα άτομα που βρίσκονται στις υψηλότερες διοικητικές, επαγγελματικές και ιεραρχικές τάξεις. Αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, όπως και στη χώρα μας. Το 1957 είχε γίνει η πρόβλεψη ότι τα νοσήματα αυτά θα αποτελέσουν τη μοντέρνα επιδημία της εποχής. Ο όρος ισχύει και σήμερα, καθώς η αδυναμία για πρόληψη συνεχίζεται. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σε μια διεθνή έρευνα συνεργασίας σε 19 χώρες αναφέρει ότι η ετήσια προσβολή από έμφραγμα του μυοκαρδίου στις ηλικίες 20-64 ήταν 3,4 για 1000 άνδρες και 0,9 για 1000 γυναίκες. Στην Ευρώπη τα καρδιαγγειακά

νοσήματα απαριθμούν τους μισούς θανάτους στο σύνολο των θανάτων και είναι υψηλότεροι από ποσοστό στην ηλικία των 65 ετών. Η νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες και η αναλογία αυξάνει σημαντικά με την ηλικία. Υπάρχει μια τάση ως προς την κοινωνική τάξη όπου οι αναλογίες είναι υψηλότερες στους άνδρες της χειρωνακτικής εργασίας από ότι στα υψηλά επαγγέλματα και ομάδες διοικητικών επαγγελματιών.(15ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό συνέδριο, 1988) Επίσης, ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας των πληθυσμού. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι νόσος γνωστή από την αρχαιότητα. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι το σύνολο μιας ετερογενούς ομάδας νοσημάτων τα οποία προκαλούνται από περίπλοκες και σύνθετες αλληλοεπιδράσεις γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα των διάφορων μορφών του διαβήτη είναι η διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων και των λιπών και η χρόνια υπεργλυκαιμία. Καθοριστικό ρόλο στην εγκατάσταση της νόσου παίζουν οι γενετικοί παράγοντες. Η έκταση και η μορφή της κληρονομικότητας δεν είναι ακόμα πλήρως εξακριβωμένες. Δεν αμφισβητείται η επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εγκαθίδρυση του σακχαρώδους διαβήτη. Ένδειξη αποτελεί γι' αυτό η έντονη δημογραφική και γεωγραφική μεταβλητότητα της συχνότητας του διαβήτη. Οι βασικοί εξωγενείς παράγοντες είναι οι διαιτητικές συνήθειες, η καθιστική ζωή και ο αστικός τρόπος διαβίωσης. Επίσης, η παχυσαρκία και η έλλειψη σωματικής ασκήσεως αποτελούν σοβαρούς παράγοντες κινδύνου αναπτύξεως της νόσου. Η νοσηρότητα και ο συνολικός αριθμός των περιστατικών της νόσου παρουσιάζει αυξητικές τάσεις με την πάροδο του χρόνου. Χάρη στα νεότερα θεραπευτικά σχήματα οι ασθενείς διατηρούνται στη ζωή επί μακρό χρονικό διάστημα

μετά την πρώιμη διάγνωση της νόσου, αλλά ακόμη και όταν η διάγνωση γίνει σε μεταγενέστερο στάδιο εξελίξεως της. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι συχνότερος στις γυναίκες. Αυτό συμβαίνει σε όλες σχεδόν τις χώρες. Ταυτόχρονα το νόσημα αυξάνει σε συχνότητα με την πάροδο της ηλικίας και στα δύο φύλα. Η κορυφαία τιμή σημειώνεται συνήθως στην 4η ή 5η δεκαετία της ζωής. Η θνησιμότητα από σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζει αυξητικές τάσεις οι οποίες συσχετίζονται θετικά με την ανύψωση του βιοτικού επιπέδου. Υπάρχει έντονη θετική συσχέτιση μεταξύ μεταβολής των βιοτικών συνθηκών και της συχνότητας του διαβήτη. Το νόσημα επιπολάζει περισσότερο στους πλούσιους, καλώς διατρεφόμενους και με υψηλό βιοτικό επίπεδο λαούς, ενώ σαφώς σπανιότερο στους φτωχούς και λιτοδίαιτους.

## **1.6 Συμπτωματολογία χρόνιων νοσημάτων**

Παρακάτω θα περιγραφούν εν συντομία μερικά από τα χρόνια νοσήματα, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι λευχαιμίες, οι κακοήθεις νεοπλασίες, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, καθώς και τα κυριότερα συμπτώματα τα οποία εμφανίζουν τα άτομα που πάσχουν από αυτά.

### **1.6.1 Ρευματοειδής αρθρίτιδα**

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια, φλεγμονώδης πάθηση του κολλαγόνου που συνήθως προσβάλλει τις αρθρώσεις. Πρόκειται για αυτοάνοση νόσο που προσβάλλει άτομα με γενετική προδιάθεση. Χαρακτηρίζεται από πόνο στην κίνηση ή την ψηλάφηση των αρθρώσεων. Μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Υπάρχει, δε, και μία μορφή της νόσου που προσβάλλει τα παιδιά. Η ασθένεια αρχίζει στην ηλικία

των είκοσι, τριάντα, σαράντα ή πενήντα ετών, στη διάρκεια δηλαδή της πιο παραγωγικής ηλικίας της ζωής. Οι γυναίκες έχουν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες από ότι οι άνδρες να εμφανίσουν την ασθένεια. Με βάση την κλινική εικόνα και το μηχανισμό γένεσης των αρθρίτιδων τις κατατάσσουμε σε φλεγμονώδεις (ανοσολογικές), εκφυλιστικές, από κρυστάλλους, μεταβολικές και λοιμώδεις. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι ο πιο κοινός τύπος φλεγμονώδους αρθρίτιδας και προσβάλλει ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων.

Η ασθένεια αυτή, συνήθως, αρχίζει σταδιακά, αλλά μπορεί και να ξεκινήσει ξαφνικά σε μία ή περισσότερες αρθρώσεις. Πιο συχνά προσβάλλονται οι αρθρώσεις του χεριού και του καρπού. Συχνά, επίσης, εμπλέκονται και οι αρθρώσεις του ποδιού, αστράγαλου, γόνατος, αγκώνα, ισχίου και ωμοπλάτης. Τα συμπτώματα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας περιλαμβάνουν :

- Πόνο σε πολλές αρθρώσεις ταυτόχρονα
- Πρωινή δυσκαμψία
- Έλλειψη ενεργητικότητας
- Υπερβολική κόπωση
- Αδυναμία
- Περιστασιακό πυρετό
- Απώλεια βάρους

### **1.6.2 Λευχαιμίες**

Οι λευχαιμίες είναι νεοπλασματικές διαταραχές του αιμοποιητικού ιστού. Χαρακτηρίζονται από νεοπλασματική υπερπλασία των κυττάρων της λευκής σειράς.(Σαχίνη Α. - Καρδάση, Μ. Πάνου, 1997) Ανάλογα με τη μορφή του νεοπλασματικού κυττάρου οι λευχαιμίες διακρίνονται σε οξείες και χρόνιες. Στις οξείες κυριαρχούν τα άωρα ή μη διαφοροποιημένα κύτταρα, η δε πορεία της νόσου χωρίς θεραπεία είναι ταχεία. Η χρόνια λευχαιμία είναι βαριάς μορφής, η δε πορεία της νόσου είναι γενικά μακρύτερη. Ανάλογα με το είδος των κυττάρων που προσβάλλουν οι οξείες και χρόνιες λευχαιμίες υποδιαιρούνται παραπέρα σε μυελογενείς και λεμφογενείς. Η οξεία λεμφογενής λευχαιμία, η πιο συχνή, είναι κυρίως παιδική ασθένεια, σπάνια προσβάλλει άτομα μετά το 15ο έτος της ηλικίας τους. Ορισμένα από τα κυριότερα συμπτώματα της οξείας λευχαιμίας είναι η αξιοσημείωτη ωχρότητα δέρματος, αιμορραγία και διαφόρων μεγεθών εκχυμώσεις. Επίσης, μπορεί να υπάρχουν εκτεταμένες ελκωτικές και νεκρωτικές εξεργασίες στο στόμα και στο φάρυγγα. Συχνά υπάρχει πυρετός, ταχυκαρδία, καρδιακά φυσήματα, απώλεια βάρους, δύσπνοια μετά την κόπωση, μη ανοχή στη θερμότητα λόγω αυξημένου μεταβολισμού. Επίσης, είναι πολύ πιθανόν να εμφανιστούν βήχας, ρόγχοι, ταχύπνοια, μειωμένοι αναπνευστικοί ήχοι. Ανάμεσα στα συμπτώματα της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας περιλαμβάνονται η ωχρότητα, η ταχυπαλμία, καθώς και η δύσπνοια μετά από κόπωση εξαιτίας αναιμίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχουν πόνοι στα μακρά οστά, κυρίως στην κνήμη και το στέρνο. Τα συμπτώματα ενός ασθενή με χρόνια λεμφογενή λευχαιμία μπορεί να είναι η ωχρότητα, η δύσπνοια, η κακουχία, η απώλεια βάρους, οι νυχτερινοί ιδρώτες και πυρετός εξαιτίας της αναιμίας και του αυξημένου μεταβολισμού. Επίσης, ανορεξία, ναυτία και εμετοί είναι συχνές

εκδηλώσεις. Οι αλλοιώσεις του δέρματος, που πιθανόν να εμφανιστούν, διακρίνονται σε λευχαιμίδες που είναι μη ειδικές δερματικές αλλοιώσεις, όπως ο έρπης ζωστήρας, οι βλατίδες, οι πομφόλυγες, οι πετέχιες, τα αιματώματα, η αποφολιδωτική δερματίτιδα, το κνιδωτικό εξάνθημα κ.λ.π. και στις γνήσιες λευχαιμικές εκδηλώσεις οι οποίες είναι ειδικές και προέρχονται από την τοπική διήθηση του δέρματος ή του υποδόριου ιστού από λευχαιμικά κύτταρα.

### **1.6.3 Κακοήθεις νεοπλασίες**

Η εγκατάσταση και έναρξη των κακοηθών νεοπλασιών είναι συνήθως σιωπηλή και ύπουλη. Τα πρώτα συμπτώματα που παρουσιάζει ο άρρωστος είναι τόσο ελαφρά που παραβλέπονται. Όταν, όμως, ο καρκίνος μεγαλώσει αρκετά τότε προκαλεί ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω προβλήματα:

- ✚ Ασκεί πίεση στα όργανα που βρίσκονται γύρω από την κακοήθη νεοπλασία.
- ✚ Διαταράσσει τους γύρω ιστούς.
- ✚ Αποφράσσει τον αυλό κοίλων οργάνων όπως έντερο, ουρητήρες κ.ά.
- ✚ Παρεμβαίνει στην αιμάτωση των παρακείμενων ιστών.
- ✚ Επεμβαίνει στην λειτουργία οργάνου.
- ✚ Διαταράσσει το μεταβολισμό.
- ✚ Χρησιμοποιεί, σε βάρος του οργανισμού, τα θρεπτικά συστατικά.
- ✚ Επιδρά αρνητικά (μειώνει) στην αμυντική ικανότητα του οργανισμού.(Μαλγαρινού Μ.Α. - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1987)

Οι πιο πάνω παθοφυσιολογικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση χαρακτηριστικών γενικών και ειδικών συμπτωμάτων. Γενικά συμπτώματα είναι :

- ❖ Η αναιμία η οποία προκαλεί αιμορραγία από εξελκώσεις ή διάβρωση αιμοφόρων αγγείων, μολύνσεις, μεταστάσεις στα οστά με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ερυθροποίησης ή την καταστολή του μυελού των οστών από τη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.
- ❖ Ο πόνος ο οποίος εμφανίζεται συνήθως πολύ αργά αν και η παρουσία του εξαρτάται από το όργανο ή το σύστημα που προσβάλλει.
- ❖ Ο πυρετός που τις περισσότερες φορές προέρχεται από μολύνσεις επιφανειακού όγκου ή άλλες φλεγμονές.
- ❖ Η καχεξία που χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους, μυϊκή αδυναμία, ανορεξία και οξέωση.(Μαλγαρινού Μ.Α. - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1987)

Τα ειδικά συμπτώματα προέρχονται από το όργανο που πάσχει.

### **1.6.5 Καρδιαγγειακές παθήσεις**

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο άρρωστος με καρδιακή πάθηση εξαρτώνται από τη φύση της καρδιοπάθειας και τις συνακόλουθες φυσιολογικές διαταραχές στην κυκλοφορία. Τα δύο κυριότερα συμπτώματα των καρδιακών παθήσεων είναι η δύσπνοια και ο πόνος. Επίσης, ο ασθενής μπορεί να έχει έντονο το αίσθημα καμάτου που οφείλεται σε μείωση της καρδιακής παροχής. Συχνή είναι και η



ωχρότητα, κυρίως των άκρων, που φανερώνει ελαττωμένη καρδιακή παροχή. Ερυθρότητα του δέρματος παρατηρείται σε υπερκινητική κυκλοφορία και υπάρχει σε καταστάσεις που προκαλούν αύξηση της καρδιακής παροχής. Ακόμα, εμφανίζεται αισθητή αύξηση της φλεβικής πίεσεως στα αγγεία του τραχήλου. Η απώλεια συνειδήσεως είναι σχετικά ασυνήθιστο, αλλά ενδιαφέρον σύμπτωμα των καρδιακών παθήσεων.

### **1.6.6 Παθήσεις των νεφρών**

Η κύρια λειτουργία του νεφρού είναι η διήθηση και απέκκριση των τελικών προϊόντων του μεταβολισμού και της περίσσειας των ηλεκτρολυτών και μη ηλεκτρολυτικών ουσιών. Παρόλο που ο νεφρός βρίσκεται βαθιά μέσα στην σπλαγγχνική κοιλότητα σε θέση που του εξασφαλίζει προστασία, όμως, εύκολα επηρεάζεται από τις συνθήκες του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος. Το γεγονός αυτό κάνει το νεφρό να προσβάλλεται εύκολα από αλλαγές, ταυτόχρονα, όμως, καλείται να προστατεύσει την βιολογική ισορροπία του οργανισμού ενεργητικότερα από κάθε άλλο όργανο, επειδή αυτός είναι το σπουδαιότερο σύστημα της ομοιοστάσεως. Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια είναι η με απότομο τρόπο και μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα αναστολή της νεφρικής λειτουργίας. Αυτή διακρίνεται σε τρεις μεγάλες ομάδες, οι οποίες διαφέρουν μεταξύ τους, τόσο κατά την αιτιολογία, όσο και κατά την θεραπευτική αγωγή.

- I. Οξεία προνεφρική ανεπάρκεια ή λειτουργική ανεπάρκεια.
- II. Οξεία μετανεφρική ανεπάρκεια.
- III. Οξεία ενδονεφρική ανεπάρκεια.

Στην χρόνια νεφρική ανεπάρκεια περιλαμβάνονται πολλές παθήσεις τόσο των νεφρών όσο και γενικές οι οποίες προκαλούν μόνιμες αλλοιώσεις στους νεφρούς με αποτέλεσμα τη μείωση της σπειραματικής και σωληναριακής λειτουργίας. Οι αλλοιώσεις των νεφρών έχουν άλλοτε μέτρια και άλλοτε μεγαλύτερη έκταση. Ο ασθενής με νεφρική ανεπάρκεια παρουσιάζει αυξημένη αρτηριακή πίεση και αύξηση βάρους του σώματος εξαιτίας κατακράτησης νερού. Το δέρμα είναι συνήθως ωχρο και μπορεί να παρατηρηθούν μικροί μυϊκοί σπασμοί. Σπάνια παρουσιάζεται αύξηση της θερμοκρασίας, καθώς και δυσσομία.

### **1.6.7 Σακχαρώδης Διαβήτης**

Ο σακχαρώδης διαβήτης χαρακτηρίζεται σαν σύνδρομο και είναι χρόνια ασθένεια, που προσβάλλει όλες τις ηλικίες γι' αυτό και διακρίνεται σε δύο κλινικούς τύπους:

- I. Το νεανικό, τύπο I ή ινσουλινοεξαρτώμενο.
- II. Το τύπο II, μη ινσουλινοεξαρτώμενο ή όψιμη ενάρξεως.

Από τον τύπο I διαβήτη προσβάλλονται, κυρίως, νεαρά άτομα ηλικίας κάτω των 15 ετών με χαμηλά επίπεδα ή παντελή έλλειψη ινσουλίνης στο αίμα. Ο τύπος II περιλαμβάνει κυρίως τους ενήλικους και υπερήλικους. Η εισβολή της αρρώστιας είναι συνήθως αθόρυβη και η διάγνωση τίθεται πολλές φορές τυχαία. Τα συμπτώματα της αρρώστιας είναι αποτέλεσμα του μεταβολικού συνδρόμου ή και της μικροαγγειοπάθειας. Η συμπτωματολογία που οφείλεται στο μεταβολικό σύνδρομο, δηλαδή η διαταραχή των υδατανθράκων, λιπών, πρωτεϊνών, ύδατος και ηλεκτρολυτών εξαρτάται από το βαθμό και το χρόνο εγκαταστάσεως της

ινσουλινικής ανεπάρκειας. Οι εκδηλώσεις της αρρώστιας είναι οξείες, χρόνιες και με επιπλοκές. Οξείες εκδηλώσεις είναι η έντονη πολυουρία, πολυδιψία, γρήγορη απώλεια βάρους, γρήγορη εμφάνιση κετο-οξεώσεως με ναυτία, εμετοί και αφυδάτωση, κοιλιακός πόνος, μετάπτωση στο στάδιο της οξεώσεως. Έτσι εκδηλώνεται στον παιδικό και νεανικό διαβήτη. Χρόνια εκδήλωση: γενική κόπωση, μικρή απώλεια βάρους, πολυουρία, κνησμός του δέρματος. Εκδηλώσεις με επιπλοκές της νόσου: στο διαβήτη των ενηλίκων και των ηλικιωμένων η πρώτη εκδήλωση της νόσου γίνεται αντιληπτή από τις επιπλοκές του οφθαλμού, των περιφερικών νεύρων, των νεφρών και των αγγείων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : Επιδημιολογικά Στοιχεία για την Ελλάδα, την Ευρώπη και διεθνώς**

### **2.1 Επιδημιολογικά Στοιχεία Χρονίων Νοσημάτων για την Ελλάδα**

Η δημογραφική πορεία της Ελλάδας στον 20ο αιώνα χαρακτηρίζεται από μεγάλες αλλαγές, όπως εξάλλου και οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας. Στο πρώτο μισό του αιώνα κυρίαρχο χαρακτηριστικό ήταν η προσάρτηση νέων εδαφών και η αλλαγή της έκτασης της χώρας. Στο δεύτερο μισό, μετά τις πολεμικές περιπέτειες της δεκαετίας του 1940, η χώρα, έχοντας πλέον την οριστική της έκταση, γνώρισε διάφορες φάσεις δημογραφικής μετάβασης. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της μεταπολεμικής περιόδου είναι η μεγάλη αύξηση της προσδοκώμενης ζωής, η μείωση της θνησιμότητας και ιδιαίτερα της βρεφικής θνησιμότητας, η μεγάλη εσωτερική μετανάστευση, η εξάλειψη αρκετών λοιμωδών νόσων και η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού, φαινόμενο που κυριαρχεί στα δημογραφικά δεδομένα τα τελευταία χρόνια. Η μεταβολή του επιδημιολογικού προφίλ της Ελλάδας κατά τη μεταπολεμική περίοδο εξετάζεται ωστόσο και σε συνδυασμό με τις κοινωνικές και τεχνολογικές μεταβολές που καθόρισαν τις εξελίξεις. Ερευνώντας λοιπόν την βιβλιογραφία και τα πανελλήνια στοιχεία – δεδομένα οδηγούμαστε στο ότι τα κρούσματα λοιμωδών νοσημάτων είναι μία ακόμα κατηγορία με στατιστικά στοιχεία που συμπεριλαμβάνεται στον κλάδο της Δημόσιας υγείας της ΕΛΣΤΑΤ. Αφορά τη συγκέντρωση σε μηνιαία βάση, των στατιστικών στοιχείων, που αφορούν σε δηλωθέντα κρούσματα, ανά λοιμώδες νόσημα. Η τελευταία ενημέρωση των μεταδεδομένων για την κατηγορία αυτή ήταν το 2014. Τα στοιχεία και φυσικά τα κρούσματα, συγκεντρώνονται από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ σε μηνιαία βάση όπως προαναφέρθηκε και αναρτώνται μία

φορά συγκεντρωτικά ανά έτος. Τα στοιχεία που βρίσκονται στη βάση δεδομένων της ΕΛΣΤΑΤ καλύπτουν την περίοδο 1997 – 2013 (ΕΛΣΤΑΤ, Κρούσματα Λοιμωδών Νοσημάτων, 2015).[Δ.Α. 2]

Οι νόσοι ταξινομούνται με το διεθνές σύστημα ταξινόμησης ICD-10. Η βασική μεταβλητή που εξετάζεται στην κατηγορία αυτή είναι οι νόσοι. Ως νόσοι, λαμβάνονται υπόψη όλα τα νοσήματα υποχρεωτικής δήλωσης και κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- ✓ Νόσημα άμεσης δήλωσης: αφορά νοσήματα όπως η ευλογιά, ο άνθρακας, η διφθερίτιδα, η λύσσα, η πανώλη, η χολέρα, η τουλαραιμία, ιός SARS, μάλη.
- ✓ Νόσημα που πρέπει να δηλωθεί 24 ώρες αφού διαγνωστεί: αφορά νοσήματα όπως γρίπη, ερυθρά, ηπατίτιδα, κοκκίτης, παρωτίτιδα, μηνιγγίτιδα κτλ.
- ✓ Νόσημα που πρέπει να δηλωθεί μια βδομάδα αφού διαγνωστεί: AIDS, ανεμοβλογιά, ηπατίτιδα Β και C, τέτανος, πολιομυελίτιδα, λεπτοσπείρωση κ.ά.

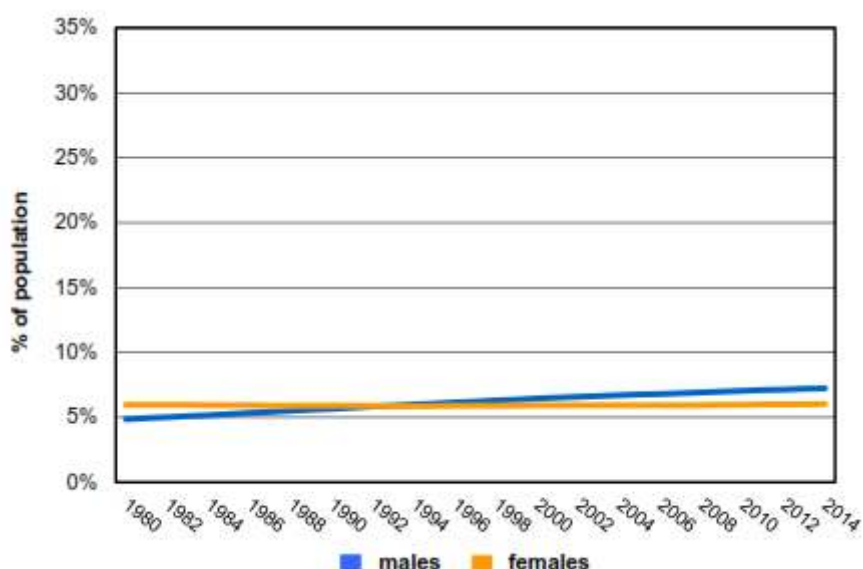
Γίνεται κατανοητό ότι η κατηγοριοποίηση των νοσημάτων γίνεται ανάλογα με την ταχύτητα εξέλιξης και την ευκολία μετάδοσης του νοσήματος. Να σημειωθεί ότι εκτός από τα στοιχεία που βρίσκονται στην ιστοσελίδα της ΕΛΣΤΑΤ, σε έντυπη μορφή υπάρχουν στατιστικά στοιχεία από το 1967. Κρίνεται σκόπιμο ωστόσο, τα στοιχεία αυτά να ψηφιοποιηθούν, ώστε να είναι στη διάθεση οποιουδήποτε επιθυμεί να διεξάγει μια έρευνα ή μελέτη. Κατά τον ίδιο τρόπο παρουσιάζονται τα κρούσματα λοιμωδών νοσημάτων στην ΕΛΣΤΑΤ, από το 1997. Ωστόσο από το 1997 έως το 2005 παρουσιάζονταν ανά τριετία και όχι διετία. Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω η συχνότητα ενημέρωσης της βάσης είναι ετήσια, ωστόσο η ΕΛΣΤΑΤ συγκεντρώνει στοιχεία μηνιαίως από το

ΚΕΕΛΠΝΟ. Στην παρακάτω εικόνα παρουσιάζεται για την Ελλάδα οι εμφανίσεις τύπων Καρκίνου για το 2018.



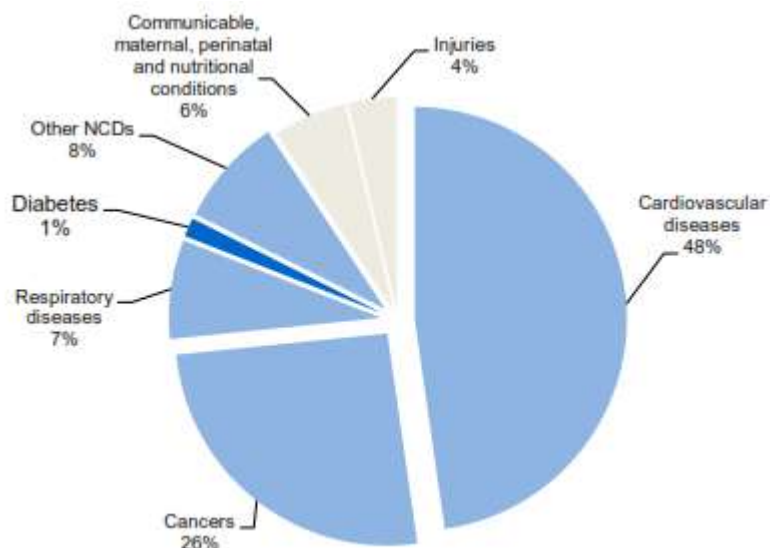
**Εικόνα 1:** Εμφανίσεις τύπων Καρκίνου το 2017 στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την άνωθεν το μεγαλύτερο ποσοστό είναι άλλα τύπη Καρκίνου, ενώ ως μικρότερο εμφανίζεται ο Καρκίνος της ουροδόχου κύστης. Εν συνεχεία παρουσιάζεται η διαχρονική τάση του διαβήτη στην Ελλάδα στα δυο φύλα (Άνδρες, Γυναίκες) για τα έτη 1980 – 2014.



**Εικόνα 2:** Διαχρονική τάση Διαβήτη στην Ελλάδα 1980 – 2014

Σύμφωνα με την άνωθεν εικόνα οι άνδρες τίνουν να αυξάνουν την εμφάνιση διαβήτη, ενώ οι γυναίκες να μειώνουν. Ακόμα στην συνέχεια παρουσιάζονται οι αιτίες θανάτων στην Ελλάδα για το έτος 2016.



**Εικόνα 3:** Αιτίες θανάτου στην Ελλάδα 2016

Σύμφωνα με την άνωθεν εικόνα η μεγαλύτερη αιτία θανάτων στην Ελλάδα για το έτος 2016 ήταν οι καρδιαγγειακές παθήσεις με ποσοστό 48%, με τον Καρκίνο να ακολουθεί με ποσοστό 26%, ενώ ο διαβήτης εμφανίζεται με το μικρότερο ποσοστό 1%. Επιπλέον ως προς την ποιότητα των στατιστικών στοιχείων αυτής της κατηγορίας, μπορεί να χαρακτηριστεί πολύ υψηλή, καθώς τα πρωτογενή στοιχεία αρχικά έχουν ελεγχθεί από το ΚΕΕΛΠΝΟ και ύστερα η ΕΛΣΤΑΤ διενεργεί επαλήθευση των κρουσμάτων, μέσω λογικών ελέγχων και σύγκρισης των στατιστικών με προηγούμενα έτη. Επιπρόσθετα, όσον αφορά την αξιοπιστία των στατιστικών θα πρέπει να λάβουμε υπόψη το εξής: τα στοιχεία συγκεντρώνονται με απογραφικό τρόπο, άρα δεν μπορεί να υπάρξει δειγματοληπτικό σφάλμα, παρά μόνο μη δειγματοληπτικό και αφορά σε σφάλματα μέτρησης ή επεξεργασίας των στοιχείων. Ωστόσο, η άμεση επικοινωνία της ΕΛΣΤΑΤ και του ΚΕΕΛΠΝΟ με τους αρμόδιους

φορείς παροχής ιατρικών υπηρεσιών υγείας, εξαλείφει το ποσοστό των σφαλμάτων που ενδέχεται να θίξουν την αξιοπιστία των στατιστικών στοιχείων. Άρα η αξιοπιστία των στατιστικών στοιχείων των κρουσμάτων λοιμωδών νοσημάτων μπορεί να χαρακτηριστεί πολύ υψηλή.

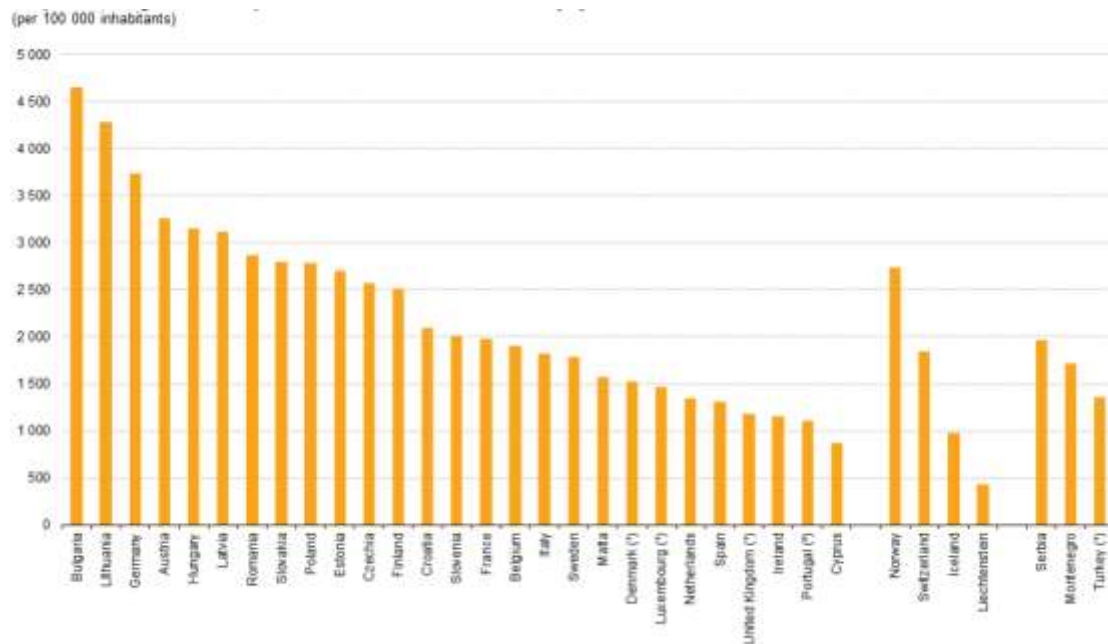
## **2.2 Επιδημιολογικά Στοιχεία Χρονίων Νοσημάτων για την Ευρώπη**

Στην Ευρώπη, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης των Νόσων, για ορισμένα νοσήματα καταγράφεται σημαντικότερη μείωση της συχνότητας εμφάνισής τους και εντοπίζονται πλέον μόνο σε συγκεκριμένες ομάδες υψηλού κινδύνου. Τα νοσήματα αυτά θα μπορούσαν με στοχευμένες δράσεις (εμβολιασμός, άλλα μέτρα ελέγχου) να εκριζωθούν τελείως από την ευρωπαϊκή ήπειρο (ECDC, 2007). Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι Ευρωπαίοι πολίτες, όπου και αν ζουν ή εάν ταξιδεύουν (εντός Ε.Ε.) είναι προφυλαγμένοι από τις αντίστοιχες ασθένειες. Η συντονισμένη δράση μεταξύ των εταίρων αποδεικνύεται από την πρόσφατη αναγνώριση του Π.Ο.Υ. για την οριστική απαλλαγή της Ευρώπης από την πολιομυελίτιδα, με επόμενο στόχο την ιλαρά. Αναφορικά με τις κύριες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη, σύμφωνα με τη μελέτη του Π.Ο.Υ. (1985)<sup>1</sup>, ποικίλλουν στις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Στη βρεφική και παιδική ηλικία, οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται σε αναπνευστικά και λοιμώδη νοσήματα (Τούντας Γ., Τριανταφύλλου Δ. & Φρισήρας Σ., 2000). Τη δεκαετία του 1990, επανεμφανίστηκαν λοιμώδη νοσήματα στην Ευρώπη που ήταν άγνωστα για πολλά χρόνια και άρχισαν να εξαπλώνονται νέα λοιμώδη νοσήματα. Η μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά πλέον δυσχεραίνει τον έλεγχο πολλών λοιμωδών νόσων. Επιπλέον, ενώ μέχρι τώρα η επανεμφάνιση των λοιμωδών νόσων περιοριζόταν στις χώρες της ανατολικής και



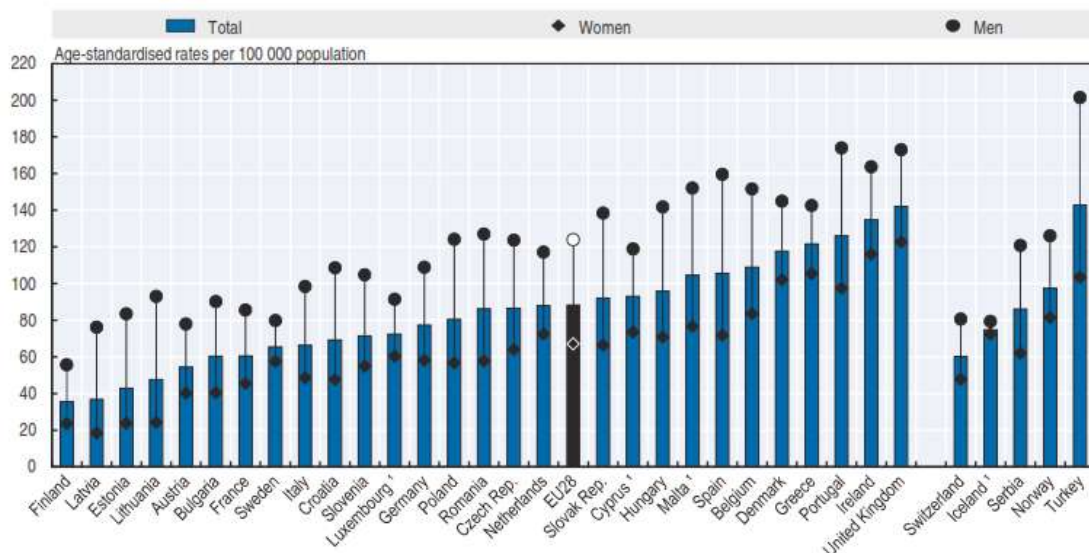
κεντρικής Ευρώπης και κυρίως στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, υπάρχει πλέον ο κίνδυνος οι επιδημίες να εξαπλωθούν στη δυτική Ευρώπη, όπως ακριβώς εξαπλώνεται το AIDS προς τα ανατολικά. Στους κινδύνους αυτούς θα πρέπει να προστεθούν και τα νέα λοιμώδη νοσήματα των ζώων, που απειλούν μέσω της τροφικής αλυσίδας και τον άνθρωπο, όπως η σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια των βοοειδών, που προκαλεί την ανίατη νόσο Creutzfeldt- Jakob. Η επανεμφάνιση της διφθερίτιδας το 1990 προκάλεσε τεράστια επιδημία στις χώρες της πρώην Ε.Σ.Σ.Δ. με 150.000 κρούσματα και 4.000 θανάτους, ενώ κρούσματα της νόσου έχουν αναφερθεί στη Φινλανδία, Γερμανία, Νορβηγία, Πολωνία και αλλού. Ένα ακόμη παράδειγμα επανεμφανιζόμενης νόσου αποτελούν οι επιδημίες χολέρας σε χώρες γύρω από την Κασπία, τη Μαύρη Θάλασσα και τη Μεσόγειο. Τα κρούσματα ελονοσίας στην Ευρώπη αυξήθηκαν από 20.000 το 1992 σε 200.000 το 1995, παρά το γεγονός ότι η νόσος είχε σχεδόν εξαλειφθεί στη δεκαετία του 1980. Η ελονοσία πλήπει κυρίως το Αζερμπαϊτζάν, το Τατζικιστάν, την Τουρκία και τις γειτονικές χώρες, ενώ έχουν καταγραφεί 3.000-4.000 περιστατικά και σε άλλες χώρες της Ευρώπης. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις έχει αυξηθεί στις ηλικίες κάτω των 5 ετών, ενώ οξέα διαρροϊκά νοσήματα και επιδημίες γρίπης με εκατομμύρια κρούσματα προκαλούν χιλιάδες θανάτους ετησίως στην Ευρώπη. Η επίπτωση της φυματίωσης έχει αυξηθεί τόσο στην ανατολική Ευρώπη όσο και στη δυτική, κυρίως σε πληθυσμούς μεταναστών. Παράγοντες που ευνοούν την εξάπλωσή της είναι η ύπαρξη στελεχών ανθεκτικών στα φάρμακα, καθώς και η HIV-λοίμωξη, που εξασθενεί την άμυνα του οργανισμού. Αναφορικά με το AIDS, ο αριθμός των δηλωθέντων κρουσμάτων στην Ευρώπη το Νοέμβριο του 1997 ήταν 197.000, ενώ οι εκτιμήσεις για το συνολικό αριθμό των κρουσμάτων είναι γύρω στις 680.000. Η επίπτωση της νόσου

φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί στη δυτική Ευρώπη τα τελευταία χρόνια, στις μεσογειακές χώρες ωστόσο παρατηρείται αύξηση στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ ο ιός HIV εξαπλώνεται ταχύτατα, συνεπικουρούμενος τόσο από την ευρεία χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών, όσο και από την υψηλή επίπτωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό. Στην Ουκρανία αναφέρθηκαν 10.000 νέα κρούσματα το 1996, ενώ τα προηγούμενα χρόνια ανέρχονταν σε 60-80 ετησίως. Η ηπατίτιδα Β, η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου ανάμεσα στα λοιμώδη νοσήματα μετά τη φυματίωση και την ελονοσία, εξακολουθεί να πλήπει το επίπεδο υγείας, αλλά και την οικονομία της Ευρώπης. Το ποσοστό του πληθυσμού με χρόνια ηπατίτιδα, που μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνια ηπατική νόσο, κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος, κυμαίνεται από λιγότερο από 1% (δυτική Ευρώπη), 2-5% (κεντρική και νότια Ευρώπη), έως 5-10% σε Αρμενία, Αζερμπαϊτζάν, Γεωργία και σε περιοχές της Ρωσίας και των ασιατικών δημοκρατιών. Συμπερασματικά, οι χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης εμφανίζουν μια συνεχή μείωση της θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα, που προσεγγίζει πλέον τα επίπεδα της δυτικής Ευρώπης. Στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, αντίθετα, η θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά στις τρεις τελευταίες δεκαετίες. Στην παρακάτω εικόνα παρουσιάζεται για τις χώρες της Ευρώπης οι εμφανίσεις Καρδιαγγειακών ασθενειών για το 2017.



**Εικόνα 4:** Εμφανίσεις καρδιαγγειακών ασθενειών 2017 στην Ευρώπη

Σύμφωνα με την άνωθεν εικόνα η Βουλγαρία για το 2017 παρουσιάζει τις μεγαλύτερες εμφανίσεις καρδιαγγειακών νοσημάτων, ενώ οι μικρότερες εμφανίζονταν στο Λιχτενσταϊν. Στην παρακάτω εικόνα παρουσιάζεται για τις χώρες της Ευρώπης οι Θάνατοι λόγω αναπνευστικού στην Ευρώπη για το 2015.



**Εικόνα 5:** Θάνατοι λόγω αναπνευστικού στην Ευρώπη 2015

Σύμφωνα με την άνωθεν εικόνα το Ηνωμένο Βασίλειο για το 2015 παρουσίασε τους περισσότερους θανάτους, λόγω αναπνευστικών νοσημάτων, ενώ οι μικρότερες εμφανίζονταν στη Φινλανδία. Μετά τη μείωση που σημειώθηκε τις αρχές της δεκαετίας του 1970, η θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα παρέμεινε σε σταθερά επίπεδα για μία περίπου δεκαετία. Κατά τα μέσα της δεκαετίας του 1980 εμφανίστηκαν τάσεις μείωσης, ενώ από το 1991 η θνησιμότητα από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα παρουσιάζει απότομη αύξηση (Τούντας Γ., Τριανταφύλλου Δ. & Φρισήρας Σ., 2000).

### **2.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία Χρονίων Νοσημάτων στον υπόλοιπο κόσμο**

Πέρα από τις αναφορές – συχνά ανησυχητικές – των εθνικών και διεθνών οργανισμών δημόσιας υγείας, υπάρχει μια κοινή διαπίστωση: η υγεία των ανθρώπων παγκοσμίως βελτιώνεται. Την τελευταία πενήνταετία, ο μέσος όρος ζωής αυξήθηκε περίπου κατά 20 χρόνια παγκοσμίως, περνώντας από τα 46,5 χρόνια, την περίοδο 1950-55, στα 65,2 χρόνια, το 2002. Εξαιρεση από αυτή την εξέλιξη αποτελεί η Αφρική και ορισμένες χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου η θνησιμότητα υποχώρησε θεαματικά, ιδίως η παιδική και των γυναικών κατά τον τοκετό, καθώς και οι θάνατοι που οφείλονται σε μεταδοτικές ασθένειες. Η επίδραση των αντιβιοτικών φαρμάκων και των εμβολίων οδήγησαν στην καταστολή των επιδημιών και στην ανάπτυξη, ως εκ τούτου, υψηλού αισθήματος ασφάλειας με αποτέλεσμα να ατονήσουν τα προγράμματα για την επιδημιολογική επιτήρηση και την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων (Debroise Anne, 2006),(Noji KE, 2001).

Για μεγάλο χρονικό διάστημα η ανθρωπότητα πίστευε ότι αυτή η βελτίωση θα οδηγούσε με βεβαιότητα στην εξαφάνιση των ασθενειών. Η αυταπάτη αυτή διαλύθηκε τα 20 τελευταία χρόνια. Άλλες μεταδοτικές ασθένειες έκαναν την εμφάνισή τους απαιτώντας την άμεση αντιμετώπισή τους και οι σύγχρονες κοινωνίες της αφθονίας γέννησαν νέα προβλήματα (Murphy L, Newcomb R, 2003). Το 1996 σημειώθηκαν 52 εκατομμύρια θάνατοι, από τους οποίους τα λοιμώδη νοσήματα αποτέλεσαν την πρώτη κατηγορία, σκοτώνοντας τουλάχιστον 17 εκατομμύρια ανθρώπους κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι μεταδοτικές ασθένειες αποτελούν την αιτία των μισών θανάτων (Centers for Disease Control and Prevention, 1998). Οι ασθένειες αυτές προκαλούν περισσότερους θανάτους από τους πολέμους και τις φυσικές καταστροφές. Αφήνουν επίσης βαριά σημάδια σε χιλιάδες ανθρώπους που υποφέρουν από προβλήματα σωματικής και νοητικής ανάπτυξης, από τύφλωση κ.λ.π.(Noji KE, 2001). Ορισμένες από τις μεταδοτικές ασθένειες προκαλούν μεγαλύτερη ανησυχία, γιατί είναι άγνωστες και δεν διαθέτει ο άνθρωπος κανένα όπλο εναντίον τους (Smith H, 2000). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει καταγράψει περισσότερες από 30 νέες μεταδοτικές ασθένειες που εμφανίστηκαν τα τελευταία 20 χρόνια, από το Έιτς (AIDS) το 1983, μέχρι το Σοβαρό Οξύ αναπνευστικό Σύνδρομο (ΣΟΑΣ ή SARS), το 2003. Επειδή είναι πολύ πρόσφατες, δεν υπάρχει γι' αυτές θεραπεία ή εμβόλιο. Αυτές οι νέες μεταδοτικές ασθένειες απειλούν τη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων (Debroise Anne, 2006). Αν και η πλειοψηφία αυτών των λοιμώξεων και των θανάτων συμβαίνουν στις αναπτυσσόμενες χώρες, προσβάλλουν με αυξανόμενο ρυθμό και τις ανεπτυγμένες χώρες εξαιτίας της μεγάλης τάσης για παγκοσμιοποίηση και της μικρότερης έμφασης σε προγράμματα πρόληψης. Σήμερα, στις αναπτυγμένες χώρες, οι μισοί θάνατοι

οφείλονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα. Μαζί με τους καρκίνους και τις αλλεργίες, αποτελούν τις νέες απειλές για τις σύγχρονες κοινωνίες. Οι κοινωνίες αυτές ωστόσο δεν έχουν απαλλαγεί από τις μεταδοτικές ασθένειες. Απειλούνται εξίσου από τις αναδυόμενες μεταδοτικές ασθένειες. Η εμφάνιση και η επανεμφάνιση των λοιμωδών νοσημάτων αναγνωρίζεται παγκόσμια ότι δεν απειλεί απλώς την παγκόσμια ασφάλεια αλλά και την μεταβάλλει. Εκτιμάται ότι τουλάχιστον 29 άγνωστα, μέχρι πριν, νοσήματα εμφανίστηκαν μέχρι το 1973 και 20 πολύ διαδεδομένα επανεμφανίστηκαν εξαιτίας της αντίστασής τους στα φάρμακα ή της θανατηφόρου μορφής τους. (Wilson et al., 1994). Τέτοια νοσήματα είναι: το AIDS, η φυματίωση, η ελονοσία, η χολέρα, η δυσεντερία και η πνευμονία (Nsubuga P et. al., 1998).(Noji KE, 2001),(Wilson ME. et. al., 1994).

Τα σχέδια του ελέγχου και της εξαφάνισης των λοιμωδών νόσων οδηγούνται όχι μόνο από τη σχετική εθνική και περιφερειακή ανάπτυξη, αλλά και από την αλλαγή των προτεραιοτήτων, της εσωτερικής πολιτικής και της εθνικής ικανοποίησης. Όσο πιο προηγμένη είναι μια χώρα οικονομικά και κοινωνικά, τόσο πιο πιθανό είναι η κυβέρνηση να μπορεί να ωφεληθεί από την επιτήρηση της δημόσιας υγείας (ή τη διαχείριση της ασθένειας). Έτσι η συνεχιζόμενη απειλή των λοιμωδών νόσων θα δημιουργήσει άμεση επιβάρυνση στις χώρες με τη μικρότερη ικανότητα να την αντιμετωπίσουν. Επιπρόσθετα, θα δημιουργήσει έμμεσα επιβάρυνση και απαίτηση για αυξημένη προσοχή από τις ανεπτυγμένες χώρες, που είναι περισσότερο ικανές να ανταποκριθούν με επιτυχία. Ωστόσο, οι πολύ ανεπτυγμένες χώρες δεν μπορούν να παρέχουν μονομερώς υγειονομική περίθαλψη στον κόσμο. Αντ' αυτού μπορούν να ηγηθούν στη διεθνή κοινότητα υγείας. Δυστυχώς, πολιτικές διαφορές μεταξύ των κρατών έχουν επιπτώσεις στην αξιοπιστία των διεθνών

οργανισμών και καθιστούν την ύπαρξη σταθερής, συνεπής ηγεσίας κρισιμότερη (Noji KE, 2001).

### **2.3.1 Η ανάδυση, μια πρόσφατη έννοια**

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, τα μικρόβια ήταν ο νέος εχθρός που έπρεπε να αντιμετωπισθεί. Οι υπεύθυνοι των οργανισμών δημόσιας υγείας θεωρούσαν ότι κατείχαν πολύ αποτελεσματικά όπλα. Τα νέα ισχυρά αντιβιοτικά και τα εμβόλια αποδεικνύονταν όντως πολύ αποτελεσματικά απέναντι στους ιούς, τα βακτήρια και τα παράσιτα που ευθύνονται για πολλές ανθρώπινες ασθένειες οι οποίες δεν εμφανίστηκαν ξανά για πάρα πολλά χρόνια. Η αισιοδοξία του ανθρώπου σχετικά με τη μάχη εναντίον των λοιμωδών νόσων δημιουργήθηκε στη διάρκεια των δεκαετιών του '60 και '70. Το 1977, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακοίνωσε ότι αντιμετωπίστηκε και το τελευταίο γνωστό περιστατικό ευλογιάς, που εμφανίστηκε στην Αιθιοπία. Ενθαρρυμένες από αυτή την επιτυχία, οι χώρες μέλη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) υπέγραψαν τον επόμενο χρόνο στην Άλμα Άτα συμφωνία με τίτλο «Υγεία για Όλους το 2000». Η συμφωνία περιελάμβανε φιλόδοξους στόχους για εξάλειψη των ασθενειών σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με τους περισσότερους ειδικούς, ο πλανήτης μέχρι το τέλος του 20ου αιώνα θα γνώριζε μια πραγματική μεταβολή των συνθηκών υγείας που θα οδηγούσε την ανθρωπότητα στην εξαφάνιση των μεταδοτικών ασθενειών (Hughes JM, 1995),(Noji KE, 2001).

Αυτή η αισιοδοξία, ωστόσο, βασίστηκε σε δύο λανθασμένες υποθέσεις. Υποτίθεται ότι τα μικρόβια θα παρέμεναν πάντοτε τα ίδια και ότι οι μεταδοτικές ασθένειες θα παρέμεναν περιορισμένες μέσα στα όρια μιας περιοχής. Η τρέχουσα επιδημιολογική εικόνα αντικατοπτρίζει την πλάνη

εκείνων των υποθέσεων. Από τους 52 εκατ. θανάτους που καταγράφηκαν το 1967, τα λοιμώδη νοσήματα αποτέλεσαν την πρώτη κατηγορία, σκοτώνοντας τουλάχιστον 17 εκατ. ανθρώπους. Μετά την τυποποίηση για την ηλικία και το φύλο, τα ποσοστά θανάτου ανά πληθυσμό 100.000 κατοίκων ήταν 446 για τις αναπτυγμένες οικονομίες της αγοράς, 800 για τις μεταβατικές οικονομίες, και 1575 για τις μικρότερο αναπτυγμένες χώρες (Debroise Anne, 2006),(Noji KE, 2001),(Marwick C, 1995).

Σήμερα, η ανάδυση και επανεμφάνιση των λοιμωδών νοσημάτων αναγνωρίζεται ότι τουλάχιστον μεταβάλλει, εάν δεν απειλεί ολοκληρωτικά, την παγκόσμια ασφάλεια και υγεία. Σαν «αναδυόμενα» λοιμώδη νοσήματα μπορούν να οριστούν όλες οι μολύνσεις που έχουν κάνει προσφάτως εμφάνιση στον πληθυσμό ή έχουν υπάρξει αλλά ξαφνικά αυξήθηκε η συχνότητά τους ή η γεωγραφική τους διασπορά (Morse 1995, Morse 2004). Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 29 άγνωστα, μέχρι πριν, νοσήματα εμφανίστηκαν μέχρι το 1973 και 20 πολύ διαδεδομένα επανεμφανίστηκαν εξαιτίας της αντίστασής τους στα φάρμακα ή της θανατηφόρου μορφής τους (Wilson et all, 1994). Τέτοια νοσήματα είναι: το AIDS, η φυματίωση, η ελονοσία, τα νοσήματα της παιδικής ηλικίας και οι ζωνόσοι (Noji KE, 2001),(National Science and Technology Council, 1995),(Gellert GA, 1994),(Morse SS, 2004).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι χρόνιες ασθένειες δεν μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο. Έχουν μεγάλη διάρκεια και αργή πρόοδο. Οι τέσσερις κύριοι τύποι είναι καρδιαγγειακές νόσοι, καρκίνοι, χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού και διαβήτη. Παρακάτω παρουσιάζονται επιπλέον ποσοτικά διαχρονικά στοιχεία των ασθενειών αυτών. Τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Global Status Report on noncommunicable diseases 2014) δείχνουν ότι οι χρόνιες ασθένειες ευθύνονταν για περίπου το 68% των θανάτων παγκοσμίως το



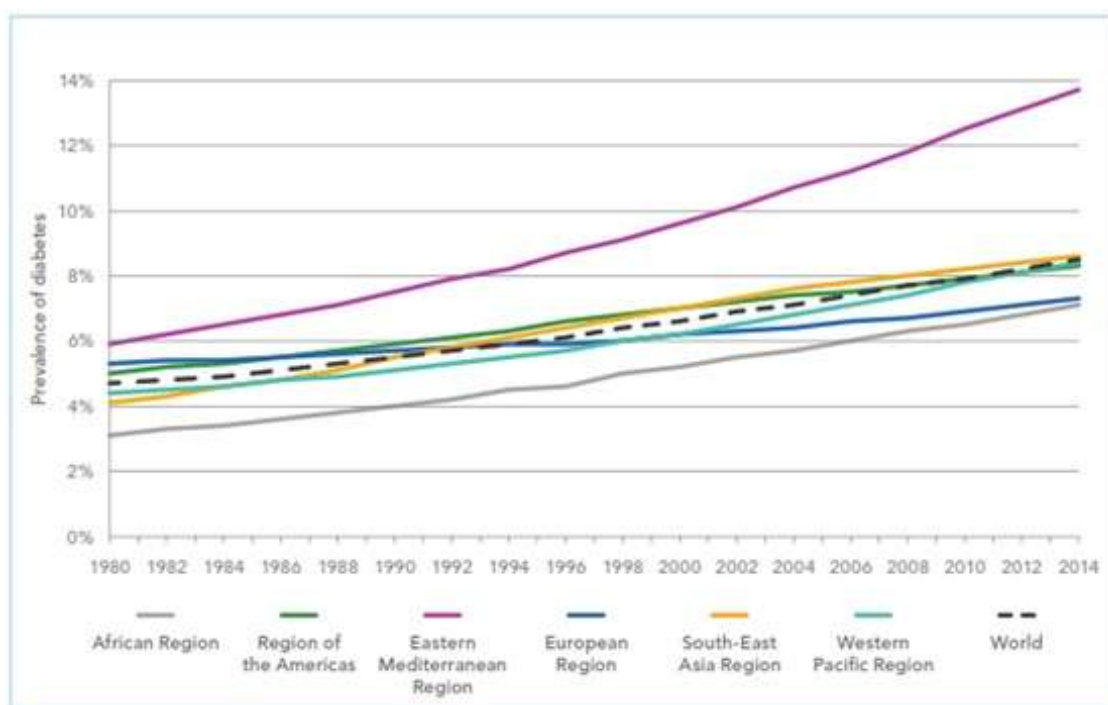
2012 (38 εκατομμύρια θάνατοι). Άνω του 40% εξ αυτών ήταν πρόωροι θάνατοι κάτω της ηλικίας των 70 ετών. Περίπου τα τρία τέταρτα των συνολικών θανάτων και το 82% των ανθρώπων που πέθαναν πρόωρα ή πριν την ηλικία των 70 ετών συνέβησαν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο ετήσιο εισόδημα (Debroise Anne, 2006),(Noji KE, 2001). Νεότερα στοιχεία για το 2016 από τον ΠΟΥ (Noncommunicable diseases Country profiles 2018) δείχνουν ακόμα μεγαλύτερη εδραίωση των χρόνιων νοσημάτων ως πρωταρχική αιτία θανάτου. Από τους 57 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως τα 41 εκατομμύρια (71%) οφείλονταν σε μη μεταδιδόμενες ασθένειες και τα χρόνια νοσήματα ευθύνονταν επίσης για το 75% των πρόωρων θανάτων σε ηλικίες 30-69 ετών. Οι περισσότεροι από τους θανάτους λόγω χρόνιων ασθενειών οφείλονται σε τέσσερις μείζονες ασθένειες: τα καρδιαγγειακά νοσήματα (44%), τον καρκίνο (22%), τις χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού (9%) και τον διαβήτη (4%) (Debroise Anne, 2006).

Στις χρόνιες ασθένειες αποδίδεται επίσης περίπου το 43% του παγκόσμιου βάρους ασθένειας και αναμένεται ότι μέχρι το 2020 η θνησιμότητα λόγω χρόνιων νοσημάτων να φτάσει το 73% και ότι θα τους αναλογεί το 60% του βάρους ασθένειας. Για την περίοδο 2011 – 2015, σύμφωνα με τα μέχρι έως τώρα δεδομένα για τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος το οικονομικό κόστος εξαιτίας των χρόνιων μη μεταδιδόμενων νοσημάτων ανερχόταν σε 7 τρισεκατομμύρια δολάρια, ποσό που ξεπερνά κατά πολύ το προβλεπόμενο κόστος εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης. Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρόνιων ασθενειών οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε παράγοντες που μπορούν να αποφευχθούν. Ένα χρόνο νόσημα εμφανίζεται πολύ πριν το θάνατο από αυτό, πράγμα που σημαίνει ότι πολλοί άνθρωποι περνούν πολλά χρόνια σε κατάσταση κακής υγείας. Τα αυξανόμενα περιστατικά χρόνιων

ασθενειών οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας και η επικράτηση αυτών των παθήσεων αναμένεται να αυξηθεί λόγω του γήρατος του πληθυσμού και την αύξηση παραγόντων κινδύνου όπως η παχυσαρκία. Έχει υπολογιστεί ότι το 80% των περιπτώσεων καρδιοπάθειας, εγκεφαλικών και διαβήτη, καθώς και το ένα τρίτο των καρκίνων θα μπορούσαν να αποφευχθούν (Noji KE, 2001).

Περίπου 65% των ατόμων ηλικίας άνω των 55 ετών παρουσιάζουν κάποια χρόνια πάθηση, ενώ για τους άνω των 65 ετών το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 80% του συνολικού πληθυσμού και για τους άνω των 75 ετών φτάνει το 90%. Όσον αφορά συγκεκριμένα χρόνια νοσήματα, το 4,4% του πληθυσμού πάσχει από άσθμα, το 2,1% του πληθυσμού έχει υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου (σε ηλικίες 55-75 ετών αυτό το ποσοστό είναι γύρω στο 3,6%), ένας στους 5 πάσχει από υπέρταση (στις ηλικίες 65-74 ετών η αναλογία είναι ένας στους 2), περίπου το 3,5% ατόμων μεταξύ 55 και 75 ετών έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, το 9,2% πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη (μεταξύ 55 και 75 ετών το ποσοστό ξεπερνά το 15%) και το 15,4% του πληθυσμού ανέφερε υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα. Τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα για τις γυναίκες όσον αφορά το άσθμα, την υπέρταση, τα εγκεφαλικά επεισόδια, τον σακχαρώδη διαβήτη και την υπερχοληστερολαιμία. Ερευνώντας τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) εντοπίστηκαν σημαντικά ευρήματα για την ασθένεια του Διαβήτη. Ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη αυξήθηκε από 108 εκατομμύρια το 1980 σε 422 εκατομμύρια το 2014. Ο παγκόσμιος επιπολασμός του διαβήτη στους ενήλικες άνω των 18 ετών αυξήθηκε από 4,7% το 1980 σε 8,5% το 2014. Ο επιπολασμός του διαβήτη αυξάνεται ταχύτερα στις χώρες μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος. Ο διαβήτης είναι μια σημαντική αιτία τύφλωσης, νεφρικής ανεπάρκειας, καρδιακών προσβολών, εγκεφαλικού επεισοδίου

και ακρωτηριασμού κάτω άκρων. Το 2016, περίπου 1,6 εκατομμύρια θάνατοι προκλήθηκαν άμεσα από διαβήτη. Άλλοι 2.2 εκατομμύρια θάνατοι οφειλόταν σε υψηλή γλυκόζη αίματος το 2012. Σχεδόν το ήμισυ όλων των θανάτων που οφείλονται σε υψηλή γλυκόζη αίματος εμφανίζονται πριν από την ηλικία των 70 ετών. Ο ΠΟΥ υπολογίζει ότι ο διαβήτης ήταν η έβδομη αιτία θανάτου το 2016. Στην παρακάτω εικόνα παρουσιάζεται η διαχρονική τάση του διαβήτη στις Παγκοσμίες.



**Εικόνα 6:** Παγκόσμια Διαχρονική τάση Διαβήτη 1980 – 2014.

Σύμφωνα με την άνωθεν εικόνα οι Νότιες Μεσογειακές περιοχές παρουσιάζουν την υψηλότερη τάση διαβήτη, ενώ από τις χαμηλότερες σαν σύνολο η Ευρώπη. Επιπλέον η υγιεινή διατροφή, η τακτική σωματική άσκηση, η διατήρηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους και η αποφυγή της χρήσης καπνού είναι τρόποι πρόληψης ή καθυστέρησης της εμφάνισης του διαβήτη τύπου 2. Ο διαβήτης μπορεί να αντιμετωπιστεί και οι συνέπειές του να αποφευχθούν ή να καθυστερήσουν με δίαιτα, σωματική δραστηριότητα, φαρμακευτική

αγωγή και τακτική εξέταση και θεραπεία για επιπλοκές. Πέραν του διαβήτη, οι θάνατοι από καρδιαγγειακές νόσοι αυξήθηκαν από 342874000 το 2000 στις 413153000 θανάτους το 2016, για την περίπτωση του καρκίνου οι θάνατοι από 204229000 το 2000 έφθασαν τους 244574000 το 2016, ενώ για τις χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού το 2000 οι θάνατοι έφθασαν τους 102858000 και το 2016 στους 105756000.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

### 3.1 Εισαγωγή

Η ποιότητα ζωής, από τότε που παρουσιάστηκε για πρώτη φορά ως έννοια, έχει οριστεί μέχρι σήμερα με πολλούς και διάφορους τρόπους. Είναι προφανές ότι η έννοια του όρου είναι διαφορετική για κάθε άτομο και άκρως υποκειμενική. Πρόκειται για έναν ευρύ όρο που αφορά όλες τις απόψεις της ζωής. Ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» που προτάθηκε για να διαχωριστούν από τον γενικό όρο της ποιότητας ζωής, οι σχετιζόμενες πλευρές με την κατάσταση υγείας του ατόμου ενσωματώνει τρεις βασικούς τομείς:

- ✓ Την υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου.
- ✓ Την επίδραση της κατάστασης της υγείας στην λειτουργικότητα του ατόμου.
- ✓ Τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής.

Ο όρος ποιότητα ζωής είναι μια αφηρημένη έννοια. Καθένας μπορεί να περιγράψει τι σημαίνει για αυτόν «ποιότητα ζωής». Ωστόσο, είναι δύσκολο να δοθεί ένας σαφής ορισμός. Ο Lord Kelvin αναφέρει: «Όταν κάποιος μπορεί να μετρήσει και να εκφράσει με αριθμούς ό,τι λέει, τότε γνωρίζει κάτι γι' αυτό. Όταν, όμως δεν' είναι σε θέση να το πει με αριθμούς, η γνώση του είναι ελάχιστη». Οι πολιτικοί, οι φιλόσοφοι οι ιερείς, οι ψυχολόγοι, οι ποιητές, οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς

μπορεί να δίνουν διαφορετική ερμηνεία και να προτείνουν διαφορετικές μεθόδους μέτρησης της ποιότητας ζωής. Ίσως για ορισμένους η μέτρηση της ποιότητας ζωής δε χρειάζεται. Από τη στιγμή όμως που η ποιότητα άρχισε να απασχολεί το χώρο της υγείας, απαιτείται μεγαλύτερη ακρίβεια στη χρήση του όρου και ανάπτυξη κατάλληλης μεθόδου μέτρησης.(Fallowfield L, 1991)

Ο ορισμός της έχει απασχολήσει τη φιλοσοφική σκέψη από την αρχαιότητα. Η έννοια κάνει την πρώτη εμφάνιση της στα «Ηθικά Νικομάχεια», όπου ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ) με τη λέξη ευδαιμονία προσπαθεί να αποδώσει το περιεχόμενο του όρου ποιότητα ζωής. Κατανοεί ότι η ποιότητα ζωής σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους και ότι μεταβάλλεται ανάλογα με τις τρέχουσες συνθήκες της ζωής του καθενός. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε ξανά μετά το ΕΓ Παγκόσμιο πόλεμο, όπου λόγω της οικονομικής ανάπτυξης που σημειώθηκε, η χρήση των καταναλωτικών αγαθών και η διακίνηση του χρήματος οδήγησαν στην προσδοκία της «ποιότητας ζωής». Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η έννοια να ταυτιστεί με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, καθώς εξέφραζε την κατοχή κυρίως υλικών αγαθών και χρήματος. Μετά το '60, το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία, όπως και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση. Στη δεκαετία του '70, δίνεται επιπλέον έμφαση προς την κατεύθυνση της «προσωπικής ελευθερίας», της συναισθηματικής και ψυχο-κοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας. Επίσης παρατηρήθηκε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής σε καταστάσεις αρρώστιας, θεραπείας και αποκατάστασης.

Ο τελικός ορισμός της ποιότητας ζωής στην υγεία, προήλθε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1948 και έδωσε έμφαση σε τρεις διαστάσεις στο πλαίσιο της ασθένειας, τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική, ξεκαθαρίζοντας το περιεχόμενο του όρου. Βέβαιο είναι ότι δεν υπάρχει μέχρι σήμερα ένας κοινός αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, ειδικά αφού η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, των κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της υγείας. Σε θεωρητική βάση, η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με την περιγραφή των χαρακτηριστικών, συνθηκών ή τομέων της ζωής που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία των ατόμων ως ανεξάρτητων και αυτόνομων όντων. Πρόκειται για την ελευθερία δράσης, τη νοηματοδότηση πράξεων, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την ακεραιότητα και εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών στην καθημερινή τους ζωή και στη διατήρηση της υγείας.

Ο όρος «ποιότητα ζωής» σχετίζεται με παραμέτρους όπως το βιοτικό επίπεδο του ανθρώπου, η παιδεία, η υγεία, η ευεξία καθώς και οι ευκαιρίες που έχει για αναψυχή και ξεκούραση. Τελευταία η ερευνητική κοινότητα κατέληξε στο συμπέρασμα πως είναι αναγκαίο να υπάρξει και ποσοτική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία σε διαφορετικούς τομείς της υγείας, και κυρίως στη αξιολόγηση των θεραπειών. Θεωρητικά η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί με την περιγραφή χαρακτηριστικών της ζωής των ανθρώπων, που είναι απαραίτητα για να λειτουργεί ανεξάρτητα και αυτόνομα ο άνθρωπος. Η ποιότητα ζωής αφορά την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την εκπλήρωση ψυχοκοινωνικών αναγκών και επιθυμιών στην καθημερινή ζωή καθώς και τη διατήρηση της υγείας. Ο

Homquist θεωρεί ότι συνολικά η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με του σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής.(Homquist J. O, 1982)

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η ποιότητα ζωής ορίζεται σε σχέση με την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή σύμφωνα με το πολιτιστικό πλαίσιο και το σύστημα αξιών μέσα στο οποίο ζει, σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του. Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις, σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του. Εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. Η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου αφορά την ψυχική ευεξία ενώ η κοινωνική ευεξία αντανακλά το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του. Η ποιότητα ζωής γενικά επιτυγχάνεται με την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Η υγεία, η οικονομική κατάσταση, το περιβάλλον αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το άτομο και την κοινωνία. Είναι δύσκολο να επιτευχθεί ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός. Για τους περισσότερους πάντως η ποιότητα ζωής έχει ένα υποκειμενικό στοιχείο, καθώς συνδέεται ξεχωριστά για το συγκεκριμένο άτομο. Κάθε άτομο έχει διαφορετικά κριτήρια και αντιλήψεις που πολλές φορές αλλάζουν στον χρόνο και εξαρτώνται από τη φάση ζωής που βρίσκεται. Η ποιότητα ζωής μπορεί να έχει διαφορετική σημασία για το ίδιο άτομο στην ηλικία των 20 και στην ηλικία των 60. Η ποιότητα ζωής δεν αφορά μόνο την παρουσία ή την απουσία σωματικής ασθένειας αλλά σχετίζεται και με άλλες διαστάσεις της ζωής όπως εργασία, ελεύθερος χρόνος, διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ οικογένειας και φίλων, και οι



ψυχολογικές και συναισθηματικές πλευρές της ζωής.(Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ., Τριαντάφυλλου Ε., Χριστοδούλου Γ., 2001)

Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής ποικίλουν, όπως το κλίμα και οι γεωφυσικές συνθήκες του τόπου διαμονής, οι διατροφικές συνήθειες, η γενικότερη κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών, η εκπαίδευση και επιμόρφωση και το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η ευρύτερη έννοια της υγείας δηλώνει την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, εργασίας και κοινωνικής δράσης δημιουργεί νέα δεδομένα για τον σημερινό άνθρωπο. Έτσι, ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση, είναι έννοιες που σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις.

### **3.2 Ορισμός ποιότητας ζωής**

Συνήθως, ο όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ευεξία, η οποία γίνεται αντιληπτή, είτε ως οι αντικειμενικοί παράγοντες της ζωής ενός ατόμου, είτε ως η προσωπική εμπειρία της ζωής ενός ατόμου ή ως συνδυασμός και των δύο αντιλήψεων. Αρχικά, ο όρος «ποιότητα ζωής» εξέφραζε τη κατοχή, κυρίως, υλικών αγαθών και χρήματος. Κατά την δεκαετία του '60, το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία, όπως και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση. Στη δεκαετία του '70, δίνεται επιπλέον έμφαση προς την κατεύθυνση της «προσωπικής ελευθερίας», της συναισθηματικής και ψυχο-κοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής

αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και ψυχο-κοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Η υγεία και ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων, εκ των οποίων οι σημαντικότεροι φαίνεται να είναι το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και πολιτισμικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικό-οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- ❖ **Κοινωνικό-οικονομική δομή και λειτουργία κοινωνίας:** Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- ❖ **Οικονομικό-πολιτικοί παράγοντες:** Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- ❖ **Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες:** Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάθρωση, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.
- ❖ **Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες:** Ήθη και έθιμα, επίπεδο αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.

- ❖ **Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες:** Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
- ❖ **Γεωφυσικοί παράγοντες:** Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
- ❖ **Δημογραφικοί παράγοντες:** Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κ.λ.π.
- ❖ **Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες:** Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.(Σαρρής Μ., 2001)

Τα όργανα εκτίμησης της ποιότητας ζωής είναι δυνατό να διακριθούν σε:

- a) Γενικής χρήσης κλίμακες.
- b) Ειδικής χρήσης ανά ασθένεια κλίμακες. Οι πρώτες απευθύνονται σε έννοιες γενικής υγείας ασχέτως ηλικίας, πάθησης ή θεραπείας και προορίζονται για συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών ή διαφορετικών παθήσεων. Οι δεύτερες είναι πλέον ευαίσθητες σε σχέση με έναν εξειδικευμένο πληθυσμό πασχόντων και απευθύνονται σε μια συγκεκριμένη πάθηση ή κατάσταση.

Κατά καιρούς έχουν προταθεί ορισμένα θεωρητικά μοντέλα, εκ των οποίων, άλλα δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες και άλλα στους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Σημαντικές, επίσης, θεωρίες αναφέρονται στην ταξινόμηση των διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Όλες οι θεωρίες έχουν συμβάλει σημαντικά στους εννοιολογικούς προσδιορισμούς της ποιότητας ζωής,

αλλά δεν παρέχουν ένα επεξηγηματικό θεωρητικό πλαίσιο κατανόησης των μηχανισμών που αφορούν το πως η ασθένεια επιδρά στην ποιότητα ζωής. Η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών προτείνει ένα θεωρητικό πλαίσιο που προσεγγίζει τους μηχανισμούς επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής. Η θεωρία αυτή αναγνωρίζει ότι η υγεία αποτελεί έναν από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής, μεταξύ άλλων παραγόντων που ενυπάρχουν στους διάφορους τομείς της ζωής (κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και ψυχολογικούς). Υπό το πρίσμα της θεωρίας αυτής, η ποιότητα ζωής εννοείται ως ψυχολογική (συναισθηματική) ευεξία, η οποία ενυπάρχει στο σημείο εκείνο που οι πρωταρχικές ανάγκες (σωματική και κοινωνική ευεξία) πληρούνται. Τη θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών την χαρακτηρίζουν τρεις σημαντικές αρχές:

- ✓ Η σύνδεση της ικανοποίησης των αναγκών με την ευεξία.
- ✓ Η διάκριση μεταξύ πρωταρχικών αναγκών και λειτουργικών στόχων.
- ✓ Η αντικατάσταση ή αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων.

Η θεωρία της χρησιμότητας παρέχει ένα μοντέλο λήψης αποφάσεων που λαμβάνονται σε συνθήκες αβεβαιότητας. Με τη χρησιμότητα εκφράζεται η αξία που δίνει ένα άτομο σε μια σειρά πιθανών εκβάσεων μιας πράξης. Η θεωρία της χρησιμότητας και οι διάφορες τεχνικές μέτρησής της χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου σε μια δεδομένη χρονική στιγμή ή στον προσδιορισμό του βαθμού επιθυμητότητας μεταξύ διαφόρων καταστάσεων υγείας. Ο βαθμός και το εύρος των επιδράσεων των χρόνιων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του αρρώστου εξαρτάται από τη αρρώστια αυτή καθ' εαυτή, του τύπου και

του σταδίου που διαγνώσκεται, της θεραπείας που ακολουθείται και της εξέλιξης της νόσου, καθώς και από τα στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα του αρρώστου και την ικανότητα προσαρμογής του στην ασθένεια. «Η επιδείνωση της ποιότητας ζωής ενός αρρώστου και το πλήθος των ψυχο- κοινωνικών προβλημάτων που ο ίδιος βιώνει και συνακόλουθα με αυτόν βιώνουν τα μέλη του οικογενειακού και φιλικού του περιβάλλοντος, εκφράζεται, συνήθως, στο στάδιο της διάγνωσης και στο στάδιο της θεραπείας. Στο στάδιο της διάγνωσης η συνειδητοποίηση της εκδήλωσης μιας απειλητικής για τη ζωή του αρρώστου νόσου εξαρτάται από την αβεβαιότητα της πρόγνωσης, την ερμηνεία της αιτιολόγησής της, την ποιότητα της ενημέρωσης, το αναπόφευκτο κοινωνικό στίγμα και το φόβο για έναν οδυνηρό θάνατο, παράγοντες που δημιουργούν συνθήκες επιδείνωσης της ποιότητας ζωής του αρρώστου με χρόνια νόσημα. Στο στάδιο της θεραπείας, κάθε θεραπευτικό μέτρο επιφέρει μια σειρά επιπλοκών και προβλήματα τα οποία ο άρρωστος καλείται να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. (Σαρρής Μ., 2001) Η ποιότητα ενημέρωσης, το μέγεθος και το είδος της πληροφόρησης που λαμβάνει από το γιατρό ο ασθενής που πάσχει από μια χρόνια ασθένεια από τη στιγμή της διάγνωσης και κατά τη διάρκεια εφαρμογής όλων των θεραπευτικών μέτρων επηρεάζει σημαντικά τη διεργασία συνειδητοποίησης της απειλητικής για τη ζωή του νόσου. Ο φόβος του οδυνηρού θανάτου αποτελεί μια άλλη σημαντική παράμετρο που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ο φόβος αυτός είναι τόσο ισχυρός που μπορεί να επιδράσει στη συνολική του ζωή και στην εκτίμηση για τον εαυτό του. Ο φόβος του οδυνηρού θανάτου μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα πανικού, τρόμου, αυξανόμενου άγχους και κατάθλιψης. Τα συναισθήματα αυτά στηρίζονται στο φόβο της απώλειας του ελέγχου του σώματος και των λειτουργιών του, αλλά επίσης και στο

φόβο της απόρριψής του από το κοινωνικό περιβάλλον και ιδιαίτερα στο φόβο της εγκατάλειψης από τα άτομα του οικογενειακού και φιλικού του περιβάλλοντος. Οι επιπτώσεις των θεραπευτικών μέτρων αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών έχουν επίσης καταλυτικές επιδράσεις στη ποιότητα ζωής του αρρώστου. Τα συνήθη θεραπευτικά μέτρα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων επιφέρουν παρενέργειες οι οποίες επιδρούν με τη σειρά τους στην ποιότητα ζωής του ασθενή. Από τη μία πλευρά ο έλεγχος του πόνου επηρεάζει θετικά τη ποιότητα ζωής του ασθενή, από την άλλη όμως, οι παρενέργειες που προκαλούν τα φάρμακα, όπως για παράδειγμα κόπωση, αδυναμία, διαταραχές ύπνου ή πονοκεφάλους, υπόταση επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής του. Η ποιοτική στήριξη που παρέχουν συγγενείς και φίλοι, καθώς και η ικανότητα του ασθενή να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες αναλαμβάνοντας ρόλους και ευθύνες, συμβάλλουν θετικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νόσημα επηρεάζεται σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Η εκτίμηση για την ποιότητα ζωής και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ενδεικνυόμενων θεραπευτικών μέτρων οφείλει να συμπεριλαμβάνει παραμέτρους που αφορούν όχι μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχο- κοινωνική υγεία και ευεξία του αρρώστου.

### **3.2.1 Ποιότητα ζωής και υγεία**

Η ραγδαία εξέλιξη του ιατρικού κλάδου, κατά τα τελευταία έτη, καθώς και οι εφαρμογές της υψηλής βιοιατρικής τεχνολογίας οδήγησαν το προσδόκιμο επιβίωσης και το μέσο όρο ζωής σε σημαντική αύξηση. Το ουσιαστικό όμως ερευνητικό ερώτημα ήταν το αν αυτά τα επιπλέον χρόνια ζωής είναι ποιοτικά χρόνια με καλή υγεία, ελεύθερα

συμπτωμάτων και ασθενειών, ή μήπως αυτή η αύξηση του μέσου όρου ζωής ακολουθείται από μια χρόνια νοσηρότητα, κυρίως στις μεγάλες ηλικίες. Όλος αυτός ο προβληματισμός είχε ως αποτέλεσμα οι μετρήσεις των καταστάσεων της υγείας να μην εστιάζονται πλέον στις παραδοσιακές μετρήσεις θνησιμότητας και νοσηρότητας όπως παλαιότερα, αλλά στη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Για να μπορέσει περιοριστεί το εύρος της έννοιας, ώστε να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, όλοι οι μελετητές επικεντρώνονται στον τομέα της υγείας, δηλαδή η συνυφασμένη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life).(Υφαντόπουλος Γ., 2007)

Με το συγκεκριμένο όρο περιγράφεται και η επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του ατόμου, και η οποία επηρεάζει το βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η ποιότητα ζωής είναι μια πολυπαραγοντική έννοια με τουλάχιστον τρεις κύριες διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση είναι η σωματική ευεξία, που περιλαμβάνει την αντίληψη του ατόμου για την υγεία του. Έπειτα ακολουθεί η ψυχική ευεξία, δηλαδή ο αυτοσεβασμός, η ευτυχία, η ικανοποίηση από τη ζωή και τέλος η κοινωνική ευεξία που περιλαμβάνει τη συζυγική, κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή. Όλες οι παραπάνω διαστάσεις αποτελούν τους σημαντικότερους ατομικούς δείκτες της ποιότητας ζωής. Όπως είναι φυσικό, όλες οι εκφάνσεις της ζωής του κάθε ανθρώπου επηρεάζονται τόσο από την προσωπική υγεία όσο και από τις δραστηριότητες που στοχεύουν στη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας. Με άλλα λόγια, προϋπόθεση για την καλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία που αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας που συμβάλλει στην προαγωγή

του κοινωνικού συνόλου. Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό όταν μελετούμε την ποιότητα ζωής την ολιστική θεώρηση, η οποία ξεκαθαρίζει ότι η υγεία δεν θεωρείται μόνο ως σωματική ευεξία αλλά επίσης και ως ψυχολογική και κοινωνική ολοκλήρωση και αυτοπραγμάτωση του ατόμου. Αυτό συνεπάγεται ότι η αρρώστια έχει επίδραση σε μια ποικιλία διαστάσεων και όχι απλά στο επίπεδο της σωματικής κατάστασης. Οπότε ο άνθρωπος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια ψυχοσωματική οντότητα και κάθε θεραπευτικό μέτρο να αποβλέπει στη βελτίωση κάθε παραμέτρου ξεχωριστά. (Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., 2001)

### **3.2.2 Ποιότητα ζωής και Ασθένεια**

Το γεγονός ότι οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα διάφορα συμπτώματα και οι δυσλειτουργίες δεν σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα ζωής, οδήγησε στην εκτενέστερη έρευνα των μηχανισμών επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής. Έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα εκ των οποίων άλλα δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες και άλλα στους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Η επικρατέστερη θεωρία που προσεγγίζει τους μηχανισμούς επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής είναι η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών (Social Production Functions Theory) η οποία αντιλαμβάνεται τον άνθρωπο ως βιοψυχοκοινωνικό ον και μελετά τις επιδράσεις σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητα ζωής. (Σαρρής Μ., 2001)

Σύμφωνα με τη θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών, ο βαθμός ικανοποίησης των πρωταρχικών αναγκών ενός ατόμου σχετίζεται



άμεσα με την ψυχολογική ευεξία. Η ψυχολογική ευεξία συνεπάγεται μια χρησιμότητα, μέσω της οποίας το άτομο απονέμει αξία σε μια σειρά πιθανών εκβάσεων μιας πράξης. Η πράξη αυτή εκλαμβάνεται ότι ικανοποιεί μια ανάγκη και η χρησιμότητα της έχει μια υποκειμενική αξία. Η υποκειμενική αξία εκφράζεται με μια αριθμητική τιμή από το 0 έως 1 που δηλώνει το βαθμό επιθυμητότητας της προτίμησης των πιθανών εκβάσεων, δηλαδή το πόσο ισχυρή είναι η προτίμηση αυτή.

Η μέγιστη δυνατή χρησιμότητα δεν είναι πάντοτε το ενδεδειγμένο κριτήριο για τη λήψη της απόφασης μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης μιας αρρώστιας. Το μέγεθος της χρησιμότητας θα υπολογισθεί από τη διαφορά της χρησιμότητας μεταξύ των δύο μεθόδων. Πολλές φορές οι πιθανές εκβάσεις μιας πράξης είναι δυνατόν να έχουν περισσότερες από μία αξίες ή χρησιμότητες για ένα άτομο, τότε η διαδικασία λήψης απόφασης πρέπει να λάβει υπόψη της την πολυδιάστατη χρησιμότητα. Για κάθε διάσταση υπολογίζεται ξεχωριστά η χρησιμότητά της και η συνολική χρησιμότητα ή πολυδιάστατη χρησιμότητα προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους. Επιπλέον, η εκτίμηση της χρησιμότητας μιας πράξης εξαρτάται από το βαθμό γνώσης ή πληροφόρησης που τους παρέχεται για αυτήν, επομένως η γνώση των προβλημάτων υγείας αποτελεί έναν από τους παράγοντες που επηρεάζουν την εκτίμηση της συνολικής χρησιμότητας.(Σαρρής Μ., 2001)

Η σωματική και κοινωνική ευεξία καθορίζουν την ψυχολογική ευεξία. Φυσικά, η ικανοποίηση των αναγκών αυτών παρέχεται με τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που παράγουν ενεργοποίηση, εσωτερική και εξωτερική άνεση και ευμάρεια. Οι δραστηριότητες που παράγουν συναίσθημα, κοινωνική θέση και αναγνώριση οδηγούν στην κοινωνική

ευεξία. Η εσωτερική ευμάρεια αναφέρεται στη σωματική ευμάρεια με την έννοια της απουσίας δίψας, πείνας, πόνου, κόπωσης και άλλων σωματικών δυσχερειών ή περιορισμών. Η εξωτερική ευμάρεια αναφέρεται στο περιβάλλον που ζει ένα άτομο, το οποίο είναι ασφαλές, ευχάριστο και άνετο. Η ενεργοποίηση αφορά δραστηριότητες που παράγουν διέγερση και ενεργητικότητα σε ψυχικά, νοητικά, αισθητηριακά και σωματικά ερεθίσματα.

Σχετικά με τους λειτουργικούς στόχους που αφορούν την κοινωνική ευεξία η κοινωνική θέση καθορίζεται από τη δυνατότητα ελέγχου και διαχείρισης των πόρων (όχι μόνο των οικονομικών) που έχει ένα άτομο και την κατάταξή του στο πεδίο της κοινωνικής διαστρωμάτωσης. Η αναγνώριση ή η συμπεριφορική επιβεβαίωση και επικύρωση αφορά την αποδοχή και αναγνώριση της συμπεριφοράς του ατόμου από τους άλλους, εφόσον η συμπεριφορά του κινείται εντός των κανονικών και αποδεκτών ορίων.

Το συναίσθημα αναφέρεται στην αγάπη, τη φιλία, στη συναισθηματική υποστήριξη και φροντίδα που πηγάζουν από τις συζυγικές, οικογενειακές, φιλικές σχέσεις του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Τα μέσα επίτευξης των λειτουργικών στόχων είναι οι δραστηριότητες που αναπτύσσουν οι άνθρωποι, οι δεξιότητες και οι πόροι που διαθέτουν. Οι πόροι αναφέρονται όχι μόνο στους οικονομικούς αλλά και στην τεχνολογία, το διαθέσιμο χρόνο, την εκπαίδευση, τις ικανότητες και διακρίνονται σε δύο κατηγορίες τους ενεργείς και τους λανθάνοντες πόρους. Ως ενεργείς πόροι θεωρούνται οι πόροι εκείνοι που καταναλώνονται άμεσα, ενώ ως λανθάνοντες θεωρούνται οι πόροι εκείνοι που μπορούν να ενεργοποιηθούν κάποια χρονική στιγμή χωρίς

ιδιαίτερο κόστος, όπως χρήμα, ατομικές δεξιότητες και ικανότητες, κοινωνική υποστήριξη.(Υφαντόπουλος Γ., 2007)

Η υποκειμενική εκτίμηση του σχετικού κόστους ή της σχέσης κόστους αποτελεσματικότητας αποτελεί τη βάση για την επιλογή των μέσων επίτευξης των λειτουργικών στόχων. Εάν ένας λειτουργικός στόχος κοστίζει περισσότερο από την χρησιμότητα ή την αποτελεσματικότητά του, από το όφελος δηλαδή που θα προκόψει από την ικανοποίηση της ανάγκης στην οποία αποσκοπεί, τότε το άτομο θα φροντίσει να τον αντικαταστήσει με έναν άλλο για τον οποίο προσδοκά ότι η σχέση κόστους αποτελεσματικότητας θα είναι θετική για τον ίδιο. Συνήθως τα συμπτώματα και οι λειτουργικοί περιορισμοί μιας αρρώστιας περιορίζουν τους διαθέσιμους πόρους, οι οποίοι με τη σειρά τους ελαχιστοποιούν τις δραστηριότητες και κατά επέκταση καθιστούν δυσχερή, την επίτευξη των λειτουργικών στόχων. Η δυνατότητα όμως της αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων με τον εμπλουτισμό της 'δεξαμενής' των εναλλακτικών δραστηριοτήτων επιτρέπει την ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και λειτουργικών περιορισμών και τη διαμόρφωση στρατηγικών βελτίωσης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Όσο περισσότερες εναλλακτικές δραστηριότητες και λειτουργίες τόσο περισσότερες δυνατότητες αναπλήρωσης και αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων, τόσο καλύτερη η αντιμετώπιση των λειτουργικών περιορισμών. Γενικά, η αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων με άλλους παρέχει τη δυνατότητα διατήρησης της προ υπάρχουσας ευεξίας ή της ελαχιστοποίησης του βαθμού μείωσης της και όσο μεγαλύτερη ποικιλία δραστηριοτήτων και λειτουργιών έχει στη διάθεσή του ο ασθενής τόσο περιορίζεται και το μέγεθος επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής.(Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., 2001)

### **3.3 Ψυχολογικές φάσεις κατά την διάρκεια της ασθένειας**

Κάθε πάθηση αποτελεί για τον άνθρωπο μια απειλή. Γι' αυτό σε οποιονδήποτε τεθεί η υπόνοια νόσου μέχρι και την οδυνηρή εξέλιξη της (με τις ποικίλες εξετάσεις, επεμβάσεις, εισόδους σε Νοσοκομεία), καθώς και στη φάση της θεραπείας και αποκατάστασης, επικρατεί μια ατμόσφαιρα ανασφάλειας. «Κάθε αρρώστια έχει τις ιδιαιτερότητές της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και οικογένεια. Οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι σημαντικότεροι των οποίων μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- a) Τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια (π.χ. τη φύση, τη σοβαρότητα, την προβλεψιμότητα της πορείας της, το είδος της θεραπείας, τις κοινωνικές προκαταλήψεις που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν)
- b) Τους παράγοντες που συνδέονται με τη χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου (π.χ. βρεφική ή νηπιακή ηλικία, σχολική ηλικία, εφηβεία, νεότητα, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία) και γ) τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, προσωπικότητα, υποστηρικτικό δίκτυο κ.λ.π.).(Παπαδάτου Δ. — Φ. Αναγνωστόπουλος, 2012)

Κάθε άτομο αντιδρά με το δικό του, μοναδικό τρόπο στη γνωστοποίηση της διάγνωσης. Οι αντιδράσεις αυτές ποικίλλουν και μπορεί να έχουν εποικοδομητικές, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις στην οργανική και ψυχική υγεία του ατόμου και στις σχέσεις του με τους άλλους. Συχνά, ο

ασθενής εκφράζει έντονο άγχος, οργή και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους, ενοχές επειδή αρρώστησε και φόβο για την εξέλιξη της υγείας του. Οι αντιδράσεις αυτές είναι απόλυτα φυσιολογικές. Η πρώτη αντίδραση είναι μια αγωνία για την έκβαση της πάθησης που συχνά φτάνει τα νοσηρά όρια του άγχους. Το συναίσθημα αυτό είναι συχνά δυσανάλογο προς τη βαρύτητα της ασθένειας. Η έννοια της αρρώστιας και οι περιορισμοί που τυχόν συνεπάγεται πυροδοτούν βαθύτερους και παιδικούς φόβους που κρατούν τον ασθενή σε μια διαρκή ανησυχία. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, ριζικές αλλαγές στη ζωή του ασθενούς και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να πάρει ο ίδιος και η οικογένεια του. Μια σημαντική απόφαση που πρέπει να πάρει ο ασθενής αφορά την ανακοίνωση της ασθένειάς του σε άλλους. Πολλοί ασθενείς όταν τους ανακοινώνεται ότι πάσχουν από μια σοβαρή ασθένεια προτιμούν να κρατήσουν την ασθένεια τους μυστική, άλλοτε γιατί χρειάζονται χρόνο να την αποδεχτούν και άλλοτε για να προστατεύσουν το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον ή τον εαυτό τους από τις αντιδράσεις των άλλων. Επίσης, μια άλλη σημαντική απόφαση αφορά την αναζήτηση δεύτερης ή / και τρίτης γνώμης σχετικά με τη διάγνωση ή / και την θεραπεία. Μερικές φορές ο ασθενής την επιδιώκει γιατί του επιτρέπει να διερευνήσει άλλες απόψεις ή εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, είτε για να ασκήσει κάποιον έλεγχο στις καταστάσεις που αντιμετωπίζει είτε γιατί με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζει τον απαραίτητο χώρο και χρόνο για να αφομοιώσει την πραγματικότητα και να πάρει τις απαιτούμενες αποφάσεις. Αποφάσεις καλείται να πάρει και για τις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Μερικοί ασθενείς διατηρούν τον ίδιο ρυθμό ζωής που προϋπήρχε της διάγνωσης παραγνωρίζοντας τις απαιτήσεις που επιβάλλει η νέα πραγματικότητα. Άλλοι προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες

αναθεωρώντας τους στόχους τους και λαμβάνοντας υπόψη τα νέα δεδομένα που προκύπτουν από τη διάγνωση της αρρώστιας. Σ' αυτή την κρίσιμη περίοδο καλείται να κατανοήσει τη φύση της αρρώστιας, να αναθεωρήσει τον τρόπο ζωής του, να ενεργοποιήσει στρατηγικές για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από τη διάγνωση της ασθένειας, να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του και να αναγνωρίσει τις επιπτώσεις της ασθένειας στην εικόνα εαυτού, στις σχέσεις με άλλους και στη ζωή. Συχνά, το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς με την αναγγελία της διάγνωσης δεν τους επιτρέπει να αφομοιώσουν την πληροφόρηση που δέχονται με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η κατανόηση της. Άλλοτε πάλι την κατανόηση δυσχεραίνει το ίδιο το προσωπικό υγείας που χρησιμοποιεί ακατανόητους ή δυσνόητους ιατρικούς όρους, που αποφεύγει να πληροφορήσει ή που παραπληροφορεί και δεν διαθέτει το χρόνο για να απαντήσει στις απορίες τόσο των ασθενών, όσο και των υπολοίπων μελών της οικογένειας του. Ανάλογα με την κατανόηση και την ερμηνεία που αποδίδει ο ασθενής στην ασθένεια του θα ενεργοποιήσει αντίστοιχους μηχανισμούς ή στρατηγικές για να την αντιμετωπίσει, αλλά και να προσαρμοστεί σ' αυτήν. Παράλληλα, το άτομο καλείται να προβληματιστεί πώς ο προηγούμενος τρόπος ζωής του μπορεί να έχει μερίδιο ευθύνης στην ασθένεια, αλλά και πώς ο ίδιος μπορεί τώρα να συμμετάσχει στην αποκατάσταση της υγείας του. Η ανακοίνωση της διάγνωσης μιας χρόνιας ασθένειας έχει επιπτώσεις στην εικόνα που έχει το άτομο τόσο για τον εαυτό του, όσο και για το σώμα του. Η αίσθηση ότι ο ασθενής δεν ελέγχει το σώμα και τη ζωή του προκαλείται τόσο από τη αρρώστια, όσο και από τις απώλειες που τη συνοδεύουν και συχνά οδηγούν τον ασθενή στην ενεργοποίηση στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την διάγνωση της αρρώστιας. Αυτές

οι συμπεριφορές θεωρούνται απόλυτα φυσιολογικές και έχουν άλλοτε λειτουργικό και άλλοτε δυσλειτουργικό χαρακτήρα στη διαδικασία της προσαρμογής του ατόμου στην αρρώστια. Για μερικούς ασθενείς η διάγνωση αποτελεί μια κρίσιμη καμπή, καθώς ανακαλύπτουν τις σχέσεις, τις αξίες, τις προτεραιότητες και τις επιδιώξεις που είναι πραγματικά σημαντικές γι' αυτούς. Μπροστά στη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας οι οικογενειακές και οι φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και πολλές φορές τροποποιούνται. Άλλοτε χαρακτηρίζονται από μια τάση προσέγγισης και άλλοτε από μια τάση απομάκρυνσης. Η μεγάλη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας επιδρά στην ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους.

### **3.4 Παράγοντες που διαμορφώνουν την ψυχολογία του ασθενούς**

Η χρόνια νόσος αποτελεί μια προσωπική δοκιμασία για τον κάθε ασθενή η οποία προκαλεί διαφορετικού βαθμού ψυχολογική αντίδραση στον καθένα. Το είδος και η ένταση των αντιδράσεων του ασθενούς στην χρόνια ασθένεια του εξαρτάται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Η ηλικία του ασθενούς είναι ένας ισχυρός παράγοντας στη διαμόρφωση της ψυχολογικής αντίδρασης στην ασθένεια. Στην παιδική ηλικία οι γνωστικές λειτουργίες και οι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς με αποτέλεσμα μεγαλύτερη πιθανότητα συναισθηματικής παλινδρόμησης. Για τους έφηβους η ασθένεια αποτελεί πλήγμα στη διαδικασία σταθεροποίησης της εικόνας του Εγώ τους με συνέπεια την δημιουργία έντονου άγχους. Στους ενήλικες υπάρχει μεγαλύτερη επιβάρυνση λόγω της ύπαρξης αυξημένων οικογενειακών και επαγγελματικών υποχρεώσεων. Επέλευση της ασθένειας στους μεσήλικες συνοδεύεται συχνά από απαισιόδοξες σκέψεις για τα γηρατεία που πλησιάζουν και το αναπόφευκτο για όλους θάνατο. Το φύλο του

ασθενούς έχει άμεση σχέση με την ψυχολογική αντίδραση στην ασθένεια. Οι γυναίκες αντιδρούν εντονότερα σε νόσους, κακώσεις ή επεμβάσεις που συνεπάγονται αισθητικές αλλοιώσεις, ενώ οι άνδρες σε χρόνια νοσήματα που έχουν σαν επίπτωση σοβαρό λειτουργικό περιορισμό που συνεπάγεται αυξημένη εξάρτηση από τους άλλους. Η προσωπικότητα του ασθενούς είναι ένας από τους ισχυρούς καθοριστικούς παράγοντες για την εμφάνιση της ψυχολογικής αντίδρασης στην ασθένεια. Άτομα ανεξάρτητα, με ενεργητικότητα και δυναμισμό δυσκολεύονται να “παίξουν” το ρόλο του καλού ασθενή, δηλαδή αυτού που συμμορφώνεται αμέσως προς τις ιατρικές εντολές, δεν παραπονείται για την υγεία του ή δεν κριτικάρει τις ενέργειες του γιατρού ή του νοσηλευτή. Ασθενείς με υστερική δομή προσωπικότητας είναι πιο πιθανό να αντιδράσουν με εντονότερη συναισθηματική παλινδρόμηση, αυξημένες ανάγκες περιποιήσεων και φροντίδας και σωματοποίηση του άγχους τους. Ασθενείς με παρανοειδή προνοσηρή προσωπικότητα είναι πιθανότερο να κινητοποιήσουν τον ψυχολογικό αμυντικό μηχανισμό της προβολής και να γίνουν οξύθυμοι, επιθετικοί ή ακόμα και διεκδικητικοί. Τέτοιοι ασθενείς συνεργάζονται δύσκολα στη θεραπεία και συνήθως την εγκαταλείπουν πρόωρα. Ασθενείς με ψυχαναγκαστική προνοσηρή προσωπικότητα κινητοποιούν πιο εύκολα τους μηχανισμούς της καταπίεσης, της μόνωσης και της διανοητικοποίησης. Ενδιαφέρονται πάρα πολύ για την ασθένεια τους, ενημερώνονται από βιβλία γι’ αυτή και παρακολουθούν τις εξελίξεις της, χωρίς όμως να συμμετέχουν συναισθηματικά. Η μόρφωση του ασθενούς και η κοινωνική του θέση μπορούν επίσης να διαμορφώσουν τις ψυχολογικές του αντιδράσεις στην ασθένεια. Άτομα με χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να αποδεχθούν, αλλά και να εγκαταλείψουν το ρόλο του ασθενούς. Αντίθετα άτομα πιο μορφωμένα κατανοούν

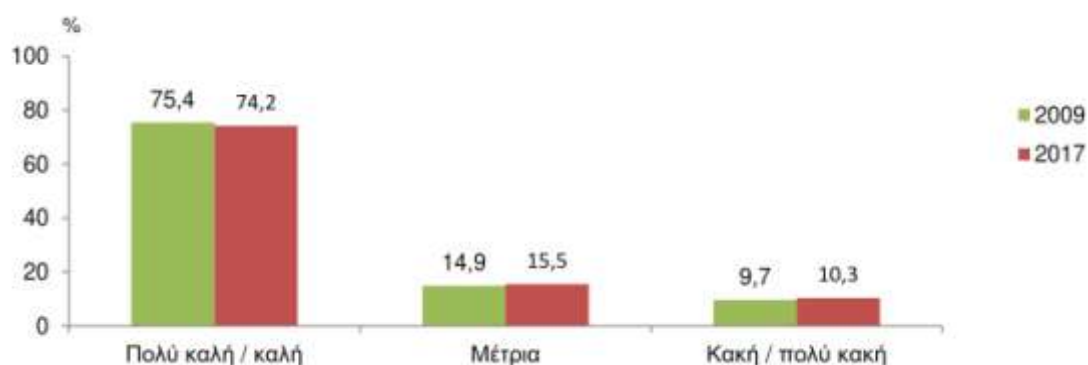


καλύτερα τη νόσο τους και αποδέχονται ευκολότερα το ρόλο του ασθενούς. Η σοβαρότητα και η βαρύτητα της νόσου είναι οι πιο καθοριστικοί παράγοντες για την διαμόρφωση των ψυχολογικών αντιδράσεων. Η σοβαρότερη ασθένεια ή και η βαρύτερη νόσηση είναι αυτονόητο ότι θα προκαλέσουν εντονότερες ψυχολογικές αντιδράσεις. Η βαθμιαία έναρξη μιας ασθένειας αφήνει περισσότερα περιθώρια για την ανάπτυξη των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών. Τέλος, η στάση του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενή μπορεί να επιδράσει αρνητικά ή θετικά στην ψυχολογία του. Η οικογένεια που ανταποκρίνεται θετικά απέναντι στον χρόνια ασθενή, που του συμπαραστέκεται βοηθά αρκετά την κατάσταση. Η οικογένεια που δεν ανταποκρίνεται θετικά, που κλείνει τα μάτια στο πρόβλημα δημιουργεί επιπρόσθετες δυσκολίες στον ασθενή.

### **3.5 Δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής**

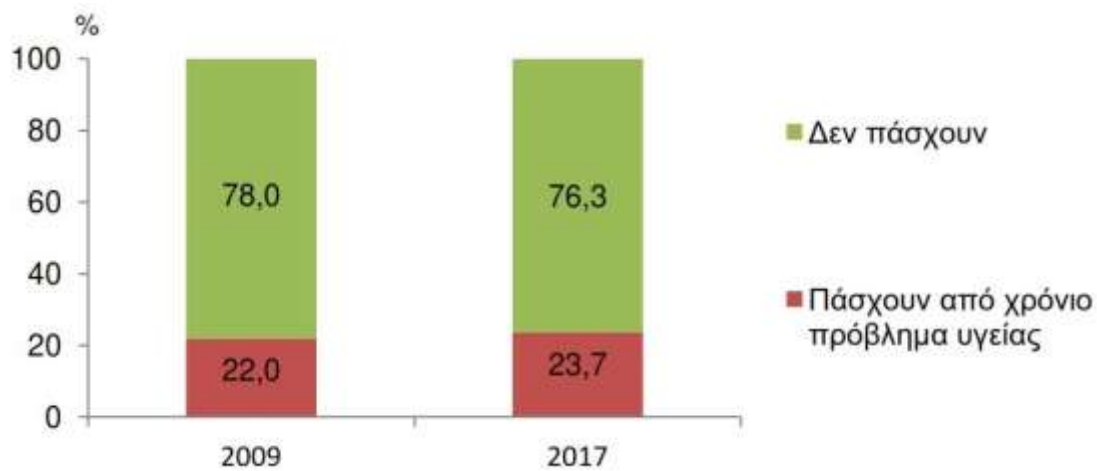
Καθώς έχει ήδη γίνει λόγος για το πολυδιάστατο της έννοιας της ποιότητας ζωής, είναι εύλογο πως είναι απαραίτητα πολλά και ποικίλα εργαλεία για την μέτρηση και αποτύπωση των διάφορων εκφάνσεων της ζωής. Η ποιότητα ζωής καθορίζεται με την βοήθεια τόσο των αντικειμενικών και κοινωνικών δεικτών της ανθρώπινης ύπαρξης, όσο και των υποκειμενικών και ατομικών δεικτών της σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευεξίας. Επιβεβλημένη επίσης κρίνεται η μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, με τη χρήση των αντίστοιχων δεικτών, μιας και η υγεία αποτελεί τη βασική συνισταμένη της ποιότητας ζωής, αφού σύμφωνα με τα σύγχρονα αντίληψη βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία ενός ατόμου, αποτελώντας ταυτόχρονα τον κύριο στόχο σκοπό και όχι το μέσο για μιας οικονομική πρόοδο ή άνθηση.(Σαρρής Μ., 2001)

**Δείκτες Υγείας.** Οι δείκτες υγείας σχετίζονται με το επίπεδο υγείας, τους παράγοντες που επιδρούν σε αυτή, το σχεδιάσμά, τη διαχείριση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς. Οι θετικοί δείκτες αποτυπώνουν πιο ολοκληρωμένα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και προσεγγίζουν τους δημογραφικούς. Μερικοί από αυτούς είναι οι δείκτες γεννητικότητας, γονιμότητας και το προσδόκιμο ζωής. Οι αρνητικοί δείκτες που αποτελούν και τους πλέον εύχρηστους είναι οι δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, εγκληματικότητας, αναπηρίας και άλλοι πολλοί, η παρακάτω εικόνα μας παρουσιάζει με βάση τα στοιχεία της Ελ.Στατ. έναν άλλο Δείκτη, αυτό της διαμόρφωσης Γενικής Κατάστασης Υγείας από το 2009 – 2017.



**Εικόνα 7:** Γενική κατάσταση υγείας πληθυσμού ηλικίας 16 ετών και άνω, 2009 και 2017

Οι Δείκτες αυτοί λοιπόν εκφράζουν δηλαδή τη συχνότητα των νοσημάτων και των φαινομένων κοινωνικής παθογένειας του πληθυσμού, αποτελώντας το μέσο σύγκρισης και αξιολόγησης του επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής μεταξύ διαφόρων χωρών. Στην παρακάτω εικόνα με βάση τα στοιχεία της Ελ.Στατ. παρατηρούμε τα στοιχεία του Δείκτη με το ποσοστό του πληθυσμού που εντοπίζεται με ή χωρίς Χρόνιο Πρόβλημα Υγείας ή Χρόνιας Πάθησης από το 2009 – 2017.



**Εικόνα 8:** Πληθυσμός ηλικίας 16 ετών και άνω με ή χωρίς χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση, 2009 και 2017

Παρατηρούμε με βάση την άνωθεν εικόνα και τα στοιχεία του Δείκτη πασχόντων χρονίων νοσημάτων πως ο πληθυσμός κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης αυξήθηκε. Ακόμα, ένας πολύ εύχρηστος δείκτης για την αποτύπωση του μέσου αριθμού των ετών ζωής ενός ατόμου, είναι το προσδόκιμο ζωής. Ο δείκτης νοσηρότητας εκφράζει τον αριθμό των θανάτων στη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους προς τον μέσο πληθυσμό του έτους. Διακρίνονται σε γενικούς και ειδικούς δείκτες ανάλογα με τις παραμέτρους βάσει των οποίων εξετάζονται. Εκτός των δεικτών θνησιμότητας, νοσηρότητας, προσδόκιμου ζωής, οι πλέον εύχρηστοι δείκτες μέτρησης του επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής, είναι επίσης και οι δείκτες συνθηκών υγιεινής και περιβάλλοντος, οι δείκτες διατροφής, οι δείκτες διατιθέμενων πόρων για την υγεία και οι δείκτες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. (Σαρρής Μ., 2001) Αξίζει λοιπόν να σημειωθεί πως στον επόμενο κεφάλαιο θα γίνει κύρια χρήση 3<sup>ων</sup> Δεικτών:

- ✓ Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP

- ✓ Δείκτης κατάθλιψης
- ✓ Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Με Κατηγοριοποίηση)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ-ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

### 4.1 Εισαγωγή

Σ' αυτό το κεφάλαιο της Εργασίας παρουσιάζεται η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν και η παρουσίαση και σχολιασμός των ευρημάτων της έρευνάς μας. Έχοντας ως στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων μέσω της συλλογής, επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την ευρωπαϊκή βάση δεδομένων easySHARE 7.0 και συγκεκριμένα στο κύμα 7. Για την υλοποίηση της εν λόγω Ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο IBM SPSS Statistics (version 24) για την Στατιστική Ανάλυση αλλά και συγκριμένοι έλεγχοι οι οποίοι θα ισχυροποιήσουν τα ευρήματά μας. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τόσο διακριτές μεταβλητές (πχ. Άνδρας, Γυναίκα, κλπ.) όσο και συνεχείς μεταβλητές κλίμακας (Κατάσταση Υγείας κατά την παιδική ηλικία, Πως αντιλαμβάνεστε την Υγεία σας, Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP, κλπ.) . Το δείγμα της έρευνας μας ανέρχεται σε 365.073 εγγραφές – παρατηρήσεις και αφορούν όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες κατά τα έτη 2004 μέχρι και 2017. Το easySHARE είναι ένα απλουστευμένο σύνολο δεδομένων Ατόμων με Χρόνια Νοσήματα (AXN) για την εκπαίδευση των σπουδαστών και για τους ερευνητές που έχουν μικρή εμπειρία στην ποσοτική ανάλυση των σύνθετων δεδομένων των ερευνών. Ενώ η βασική έκδοση SHARE αποθηκεύεται σε περισσότερα από 100 αρχεία δεδομένων, το easySHARE αποθηκεύει πληροφορίες σε όλους τους ερωτώμενους και όλα τα δεδομένα που έχουν κυκλοφορήσει τα δεδομένα σε ένα σύνολο δεδομένων. Επιπλέον, για το υποσύνολο των μεταβλητών

που καλύπτει το easySHARE, η πολυπλοκότητα μειώθηκε σημαντικά. Για παράδειγμα, οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν από ένα μόνο άτομο σε ένα ζευγάρι ή σε ένα νοικοκυριό διαβιβάστηκαν σε όλους τους σχετικούς ερωτηθέντες. Οι πληροφορίες σταθερής ώρας που συλλέχθηκαν μόνο κατά την πρώτη συνέντευξη μεταφέρθηκαν σε όλες τις επόμενες συνεντεύξεις. Η κωδικοποίηση των ελλειπουσών τιμών εμπλουτίστηκε για να καταστεί ευκολότερη η κατανόηση της δρομολόγησης και του φιλτραρίσματος συνεντεύξεων κ.λπ. Επιπλέον, έχουν προστεθεί αρκετές μεταβλητές έτοιμες προς ανάλυση, όπως δείκτες υγείας, δημογραφικές πληροφορίες ή οικονομικά μέτρα, ενώ εφαρμόστηκαν ενδεικτικά οι παρακάτω στατιστικοί έλεγχοι σε αυτά:

1. Η **Ανάλυση Περιγραφικών Μέτρων** όλων των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν με την παρουσίαση διαγραμμάτων και πινάκων των ποσοστών συχνότητας τα οποία παρουσιάζουν τα ποσοστά των απαντήσεων που δόθηκαν σε κάθε ερώτηση. (Draper N. & Smith H., 1997), (Κούτρας, X. Ευαγγελάρας, 2010)
2. **Σχήματα Συνάφειας Crosstabulation** όπου από το σχήμα ελέγχουμε οπτικά και συγκρίνουμε τις συχνότητες επί των κατηγοριοποιήσεων των ερωτήσεων που ελέγχονται, ή για το σύνολο του δείγματος. (Draper N. & Smith H., 1997), (Κούτρας, X. Ευαγγελάρας, 2010)
3. Ο **Συντελεστής Γραμμικής Συσχέτισης Spearman** (για να ελεγχθεί η ύπαρξη ή όχι αλλά και πόσο σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές). Στις περιπτώσεις όπου από τον πληθυσμό επιλέγουμε ένα τυχαίο δείγμα και σε κάθε μονάδα του δείγματος μελετάμε δύο ή περισσότερα χαρακτηριστικά, είναι λογικό, να αναζητήσουμε

μέτρα τα οποία να μπορούν να εκφράσουν και να ποσοτικοποιήσουν την πιθανή συμμεταβολή – συσχέτιση των χαρακτηριστικών (πόσο ισχυρή είναι). Ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης  $r$  δίνει ένα μέτρο του μεγέθους της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών. Παίρνει τιμές στο κλειστό διάστημα  $[-1, 1]$ . Αν  $r = \pm 1$  υπάρχει τέλεια γραμμική συσχέτιση. Αν  $-0.3 \leq r < 0.3$  δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει άλλου είδους συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Αν  $-0.5 \leq r \leq -0.3$  ή  $0.3 \leq r \leq 0.5$  υπάρχει ασθενής γραμμική συσχέτιση. Αν  $-0.7 \leq r \leq -0.5$  ή  $0.5 \leq r \leq 0.7$  υπάρχει μέση γραμμική συσχέτιση. Αν  $-0.8 \leq r \leq -0.7$  ή  $0.7 \leq r \leq 0.8$  υπάρχει ισχυρή γραμμική συσχέτιση. Αν  $-1 < r \leq -0.8$  ή  $0.8 \leq r < 1$  υπάρχει πολύ ισχυρή γραμμική συσχέτιση. Ο Συντελεστής συσχέτισης του Spearman δίνει το μέγεθος γραμμικής συσχέτισης συνεχών μεταβλητών. (Draper N. & Smith H., 1997), (Κούτρας, Χ. Ευαγγελάρας, 2010)

## 4.2 Ανάλυση και ερμηνεία αποτελεσμάτων

Συγκριμένα λοιπόν από την βάση δεδομένων μας easySHARE χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω μεταβλητές – ερωτήσεις οι οποίες σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ομαδοποιήθηκαν για την ευκολία και μεγαλύτερη χρησιμότητα της ανάλυσης μας.

A/A	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ - ΕΡΩΤΗΣΗ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗΣ - ΕΡΩΤΗΣΗΣ
1	Φύλο	Δήλωση Φύλου (Άνδρας, Γυναίκα)
2	Ηλικιακή ομάδα	Κατηγοριοποίηση Ηλικιακών ομάδων (0 έως 20 ετών, 21 έως 31 ετών, ..., 61 ετών και άνω) (Η ερώτηση στην αρχική του μορφή έπερνε συνεχείς τιμές, ωστόσο για δική μας ευκολία έγινε κατηγοριοποίηση αυτών)
3	Χώρα διαμονής	Χώρα διαμονής των ερωτηθέντων
4	Ομάδα χωρών που καίρια επλήγησαν από την Οικ. Κρίση	Χώρες που επλήγησαν από την Οικ. Κρίση (Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία), Χώρες που δεν επλήγησαν από την Οικ. Κρίση
5	Τόπος διαμονής	Σε πολύ μεγάλη πόλη, Στα προάσια μιας πολύ μεγάλης πόλης, ..., Στα προάσια μιας πολύ μεγάλης πόλης
6	Επίπεδο Μόρφωσης	Καμία, Απόφοιτος Δημοτικού, Απόφοιτος Λυκείου, κλπ.
7	Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος/η, Συζώ, κλπ.
8	Αριθμός Ατόμων που διαμένουν στην οικία	
9	Αριθμός παιδιών στην οικογένεια	
10	Δραστηριότητα τον τελευταίο μήνα: Άθληση	Ναι, Όχι
11	Πραγματοποίηση εμβολιασμών κατά την παιδική ηλικία	Ναι, Όχι
12	Κατάσταση Υγείας κατά την παιδική ηλικία	Άριστη, Πολύ καλή, ..., Πολύ κακή
13	Πως αντιλαμβάνεστε την Υγεία σας	Άριστη, Πολύ καλή, ..., Πολύ κακή
14	Τύπος Χρόνιων νοσημάτων	Κατηγοριοποίηση Χρόνιων νοσημάτων (Καρδιακή Προσβολή, Υψηλή αρτηριακή πίεση ή υπέρταση, Υψηλή χοληστερόλη αίματος, κλπ.)
15	Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP	Χαμηλή, Μέτρια, Καλή, Πάρα πολύ καλή (Ο Δείκτης στην αρχική του μορφή έπαιρνε τιμές από το 12 έως και το 48 και εν συνεχεία έγινε κατηγοριοποίηση αυτού για δική μας ευκολία)
16	Δείκτης κατάθλιψης	12βαθμιος Δείκτης κλίμακας όπου 0=Χωρίς Κατάθλιψη, ..., 6=Χωρίς Κατάθλιψη, ..., 12=Με Πάρα πολύ κατάθλιψη
17	Δείκτης Βάρους Σώματος Μάζας (Με	Κάτω του 18.5 – Λιποβαρής, 18.5 - 24.9 – Φυσιολογικό, 25 - 29.9 – Υπέρβαρος, 30 και άνω – Παχύσαρκος

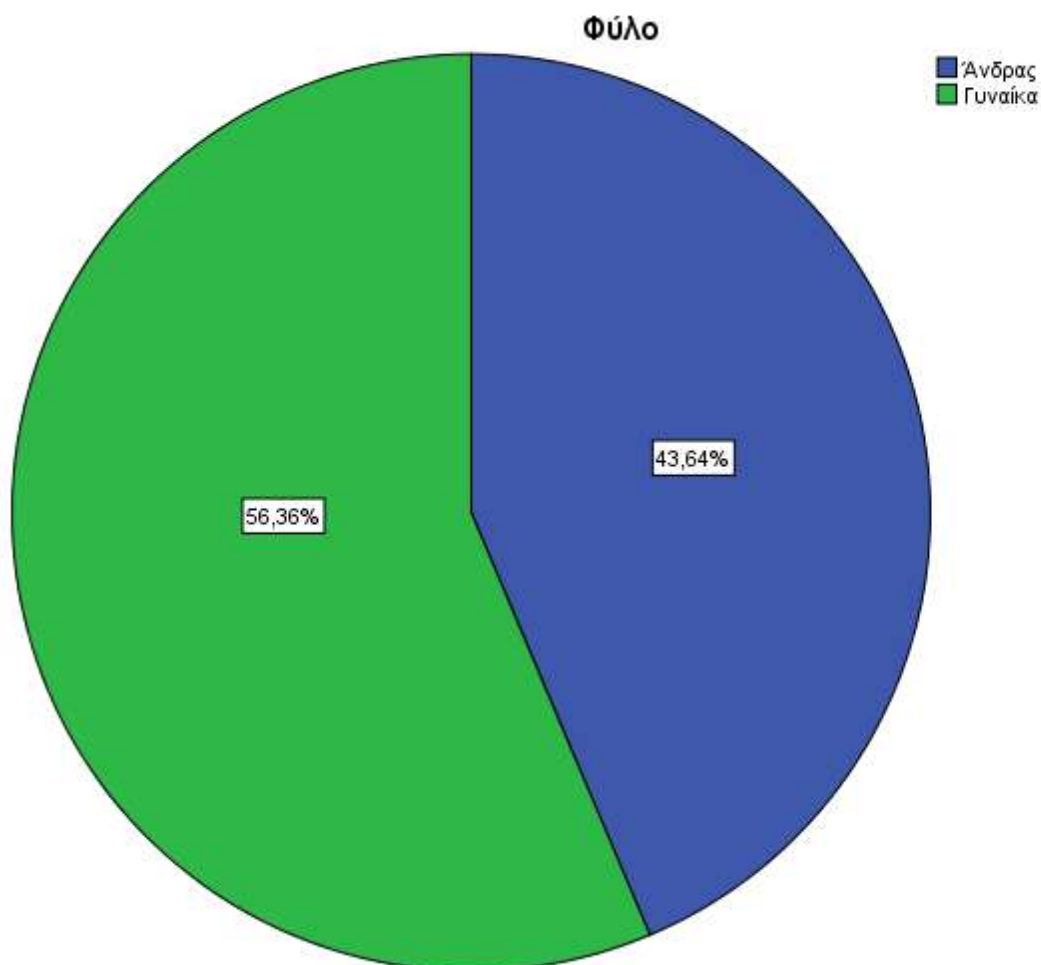


	Κατηγοριοποίηση)	
<b>18</b>	Καπνίζετε;	Ναι, Όχι
<b>19</b>	Πόσο συχνά απασχολείστε με Αθλήματα ή Δραστηριότητες που είστε σθεναρός	Περισσότερες από μία φορά την εβδομάδα, Μία φορά την εβδομάδα, Μια ή τρεις φορές το μήνα, Σχεδόν ποτέ, ή ποτέ
<b>20</b>	Ποιά είναι η εργασιακή σας κατάσταση αυτή την στιγμή;	Κατηγοριοποίηση εργασίας (Σε σύνταξη, Μισθωτός ή αυτοαπασχολούμενος, κλπ.)
<b>21</b>	Σύνολο ωρών εργασίας ανά εβδομάδα στην κύρια εργασία σας	
<b>22</b>	Ποιο είναι το καθαρό οικογενειακό σας εισόδημα;	Σε ευρώ

Αναλύοντας τα δεδομένα είχαμε τα παρακάτω πρώτα αποτελέσματα. Στην ερώτηση που αφορά το Φύλο, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

		Φύλο			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	159310	43,6	43,6	43,6
	Γυναίκα	205763	56,4	56,4	100,0
	Total	365073	100,0	100,0	

Πίνακας 1 Φύλο



**Σχήμα 1 Φύλο**

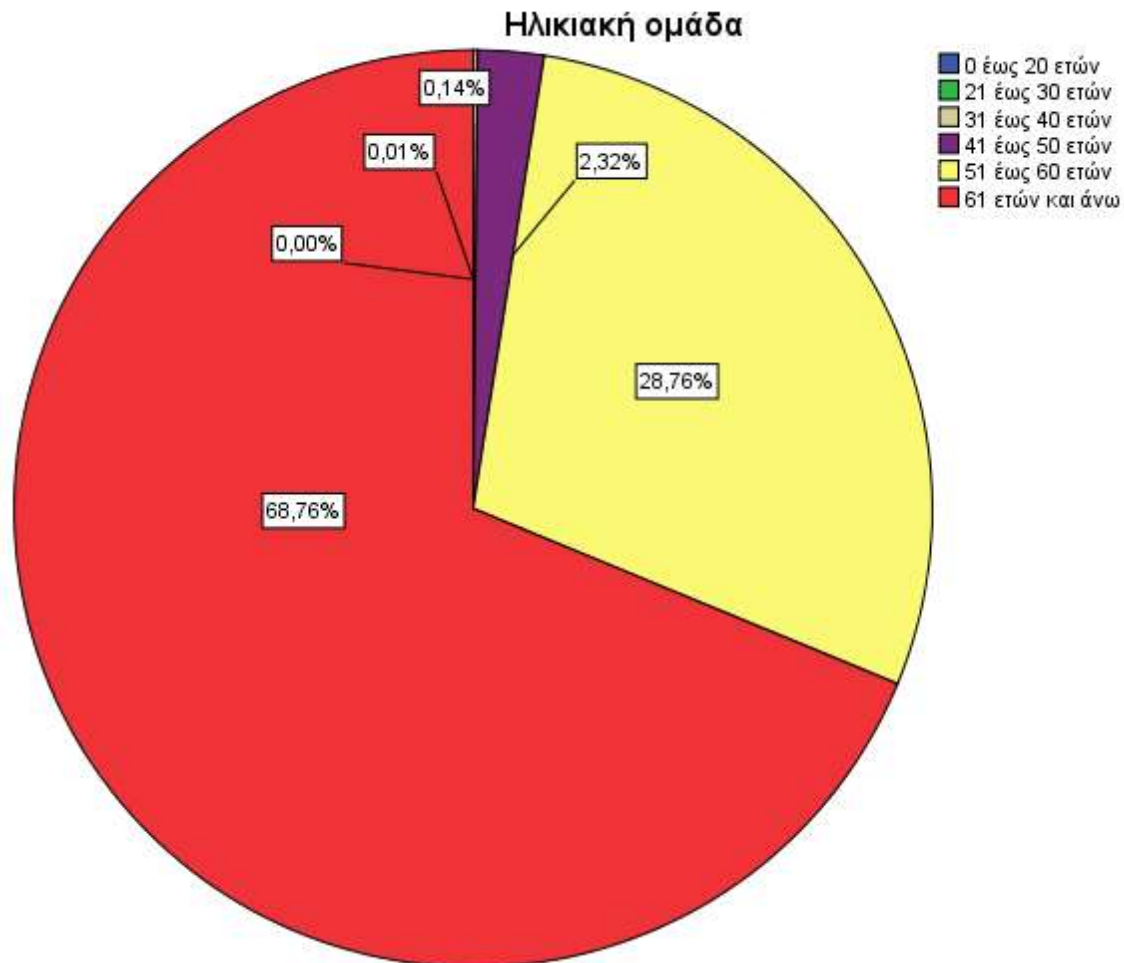
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Φύλου, 43,6% των συμμετεχόντων απάντησαν πως ήταν Άνδρες, ενώ 56,4% απάντησαν ότι ήταν Γυναίκες. Στην ερώτηση περί Ηλικιακής ομάδας, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Ηλικιακή ομάδα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 έως 20 ετών	1	,0	,0	,0
21 έως 30 ετών	43	,0	,0	,0
31 έως 40 ετών	524	,1	,1	,2
41 έως 50 ετών	8478	2,3	2,3	2,5
51 έως 60 ετών	104984	28,8	28,8	31,2

	61 ετών και άνω	250997	68,8	68,8	100,0
	Total	365027	100,0	100,0	
Missing	System	46	,0		
Total		365073	100,0		

Πίνακας 2 Ηλικιακή Ομάδα



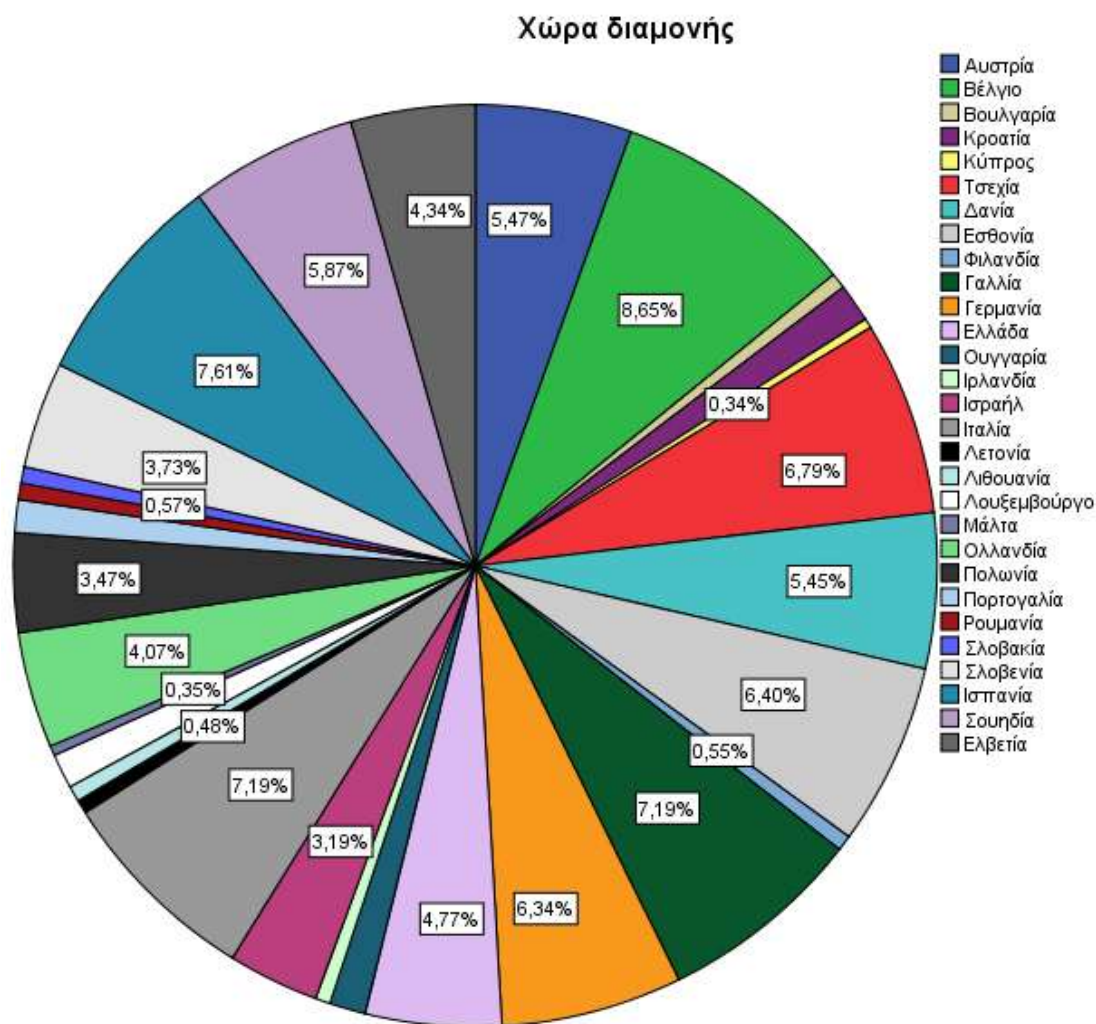
Σχήμα 2 Ηλικιακή Ομάδα

Ελέγχοντας με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Ηλικιακής Ομάδας, 0,0% των συμμετεχόντων απάντησαν πως ήταν 0 έως 20 ετών και 21 έως 30 ετών, 0,1% απάντησαν πως ήταν 31 έως 40 ετών, 2,3% απάντησαν οτι ήταν 41 έως 50 ετών, 28,8% απάντησαν πως ήταν 51 έως 60 ετών, ενώ 68,76% απάντησαν οτι ήταν 61 ετών και άνω. Στην ερώτηση περί χώρα

διαμονής, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

		Χώρα διαμονής			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αυστρία	19987	5,5	5,5	5,5
	Βέλγιο	31578	8,6	8,6	14,1
	Βουλγαρία	2006	,5	,5	14,7
	Κροατία	4903	1,3	1,3	16,0
	Κύπρος	1233	,3	,3	16,4
	Τσεχία	24794	6,8	6,8	23,1
	Δανία	19892	5,4	5,4	28,6
	Εσθονία	23370	6,4	6,4	35,0
	Φιλανδία	2007	,5	,5	35,5
	Γαλλία	26247	7,2	7,2	42,7
	Γερμανία	23145	6,3	6,3	49,1
	Ελλάδα	17401	4,8	4,8	53,8
	Ουγγαρία	4610	1,3	1,3	55,1
	Ιρλανδία	1890	,5	,5	55,6
	Ισραήλ	11662	3,2	3,2	58,8
	Ιταλία	26261	7,2	7,2	66,0
	Λετονία	1756	,5	,5	66,5
	Λιθουανία	2035	,6	,6	67,0
	Λουξεμβούργο	4428	1,2	1,2	68,3
	Μάλτα	1261	,3	,3	68,6
	Ολλανδία	14866	4,1	4,1	72,7
	Πολωνία	12668	3,5	3,5	76,1
	Πορτογαλία	4203	1,2	1,2	77,3
	Ρουμανία	2114	,6	,6	77,9
	Σλοβακία	2077	,6	,6	78,4
	Σλοβενία	13622	3,7	3,7	82,2
	Ισπανία	27764	7,6	7,6	89,8
	Σουηδία	21434	5,9	5,9	95,7
	Ελβετία	15859	4,3	4,3	100,0
	Total	365073	100,0	100,0	

**Πίνακας 3 Χώρα Διαμονής**



**Σχήμα 3 Χώρα Διαμονής**

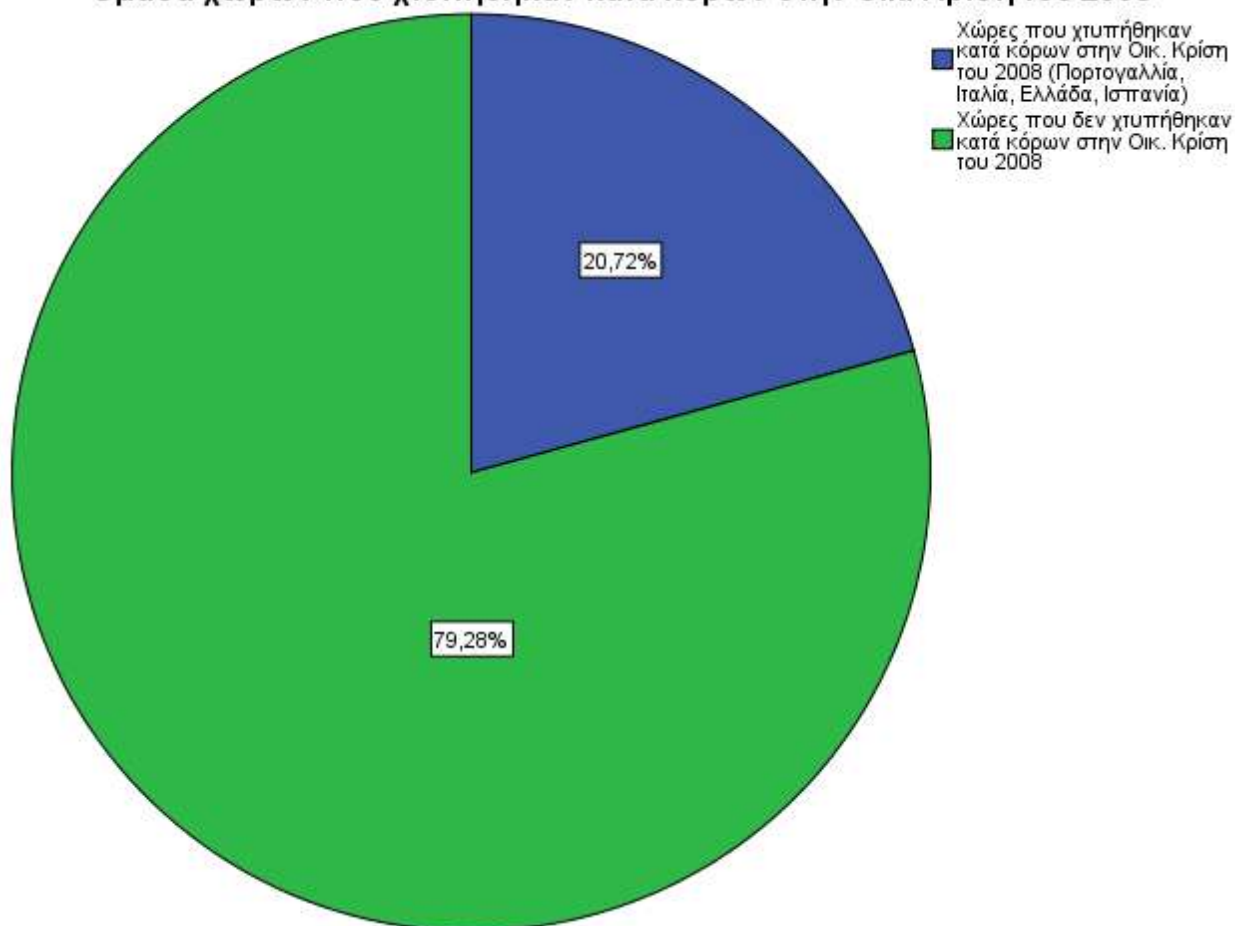
Ακολούθως με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Χώρας Διαμονής, τα μεγαλύτερα ποσοστά εντοπίζονται ενδεικτικά μεταξύ των χωρών Βελγίου 8,6%, Γαλλία 7,2%, Ισπανία 7,6%, ενώ ως ελάχιστα ποσοστά εντοπίζονται αυτά της Κύπρου και της Μάλτας με 0,3%. Στην ερώτηση περί ομάδας χωρών που επλήγησαν από τις συνέπειες της Οικονομικής Κρίσης, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Ομάδα χωρών που επλήγησαν από την Οικ. Κρίση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Χώρες που επλήγησαν από την Οικ. Κρίση (Πορτογαλλία, Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία)	75629	20,7	20,7	20,7
Χώρες που δεν χτυπήθηκαν κατά κόρων στην Οικ. Κρίση του 2008	289444	79,3	79,3	100,0
Total	365073	100,0	100,0	

**Πίνακας 4 Ομάδα χωρών που επλήγησαν από την Οικ. Κρίση**

**Ομάδα χωρών που χτυπήθηκαν κατά κόρων στην Οικ. Κρίση του 2008**

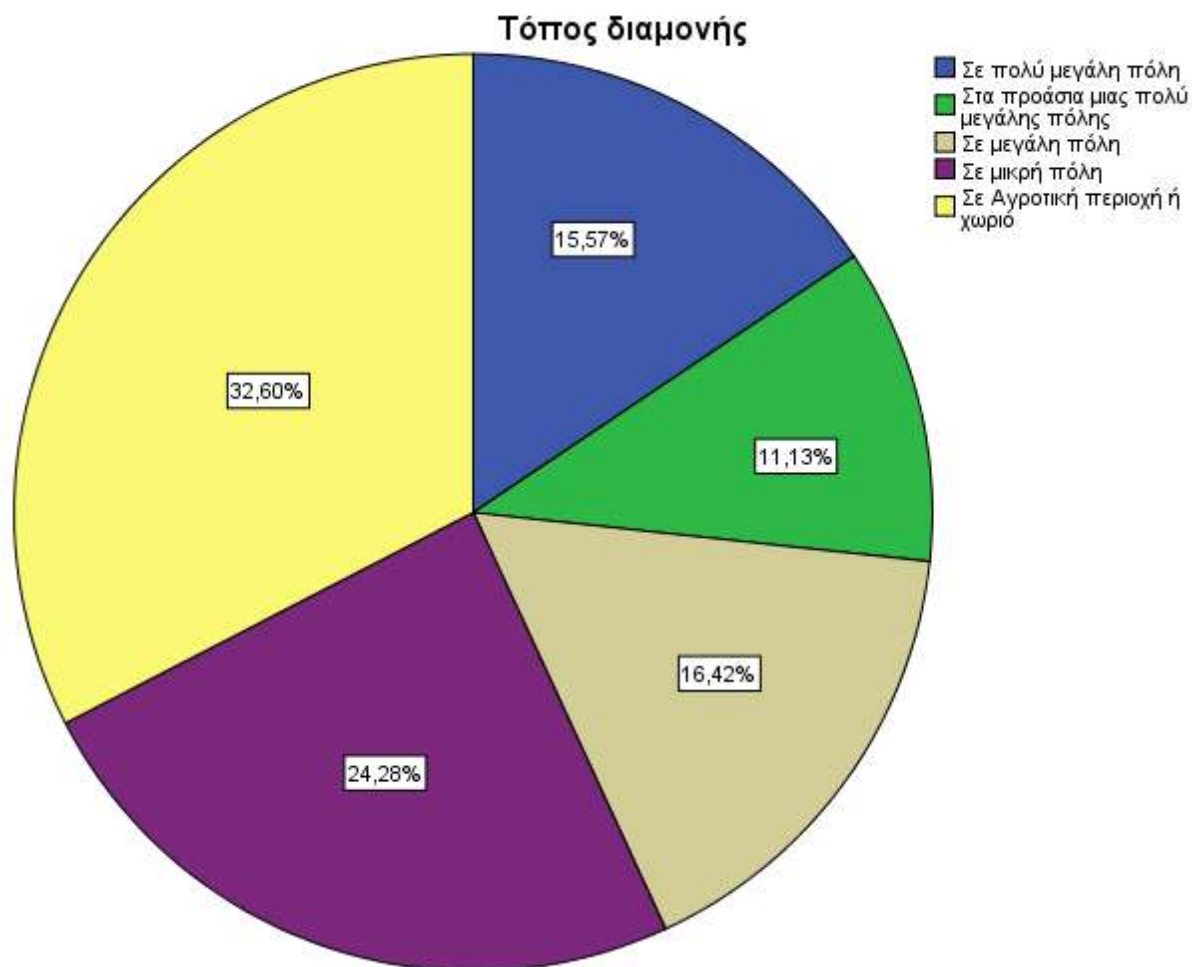


**Σχήμα 4 Ομάδα χωρών που επλήγησαν από την Οικ. Κρίση**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Ομάδας χωρών που που επλήγησαν από την Οικ. Κρίση, 20,7% των συμμετεχόντων απάντησαν πως άνηκαν σε Χώρες που χτυπήθηκαν κατά κόρων στην Οικ. Κρίση του 2008 (Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία), ενώ 79,3% απάντησαν πως άνηκαν σε Χώρες που δεν χτυπήθηκαν κατά κόρων στην Οικ. Κρίση του 2008 (Πορτογαλία, Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία). Στην ερώτηση περί Τόπου διαμονής, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

		Τόπος διαμονής			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σε πολύ μεγάλη πόλη	49709	13,6	15,6	15,6
	Στα προάστια μιας πολύ μεγάλης πόλης	35555	9,7	11,1	26,7
	Σε μεγάλη πόλη	52446	14,4	16,4	43,1
	Σε μικρή πόλη	77525	21,2	24,3	67,4
	Σε Αγροτική περιοχή ή χωριό	104091	28,5	32,6	100,0
	Total	319326	87,5	100,0	
	Missing	System	45747	12,5	
Total		365073	100,0		

Πίνακας 5 Τόπος Διαμονής



**Σχήμα 5 Τόπος Διαμονής**

Παραθέτοντας τα αποτελέσματα της ερώτησης περί τόπου διαμονής, 15,57% των συμμετεχόντων απάντησαν Σε πολύ μεγάλη πόλη, 11,13% Στα προάστια μιας πολύ μεγάλης πόλης, 16,42%, Σε μεγάλη πόλη, 24,28% σε μικρή πόλη, ενώ 32,60% Σε αγροτική περιοχή ή χωριό. Στην ερώτηση περί Επίπεδο Μόρφωσης, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

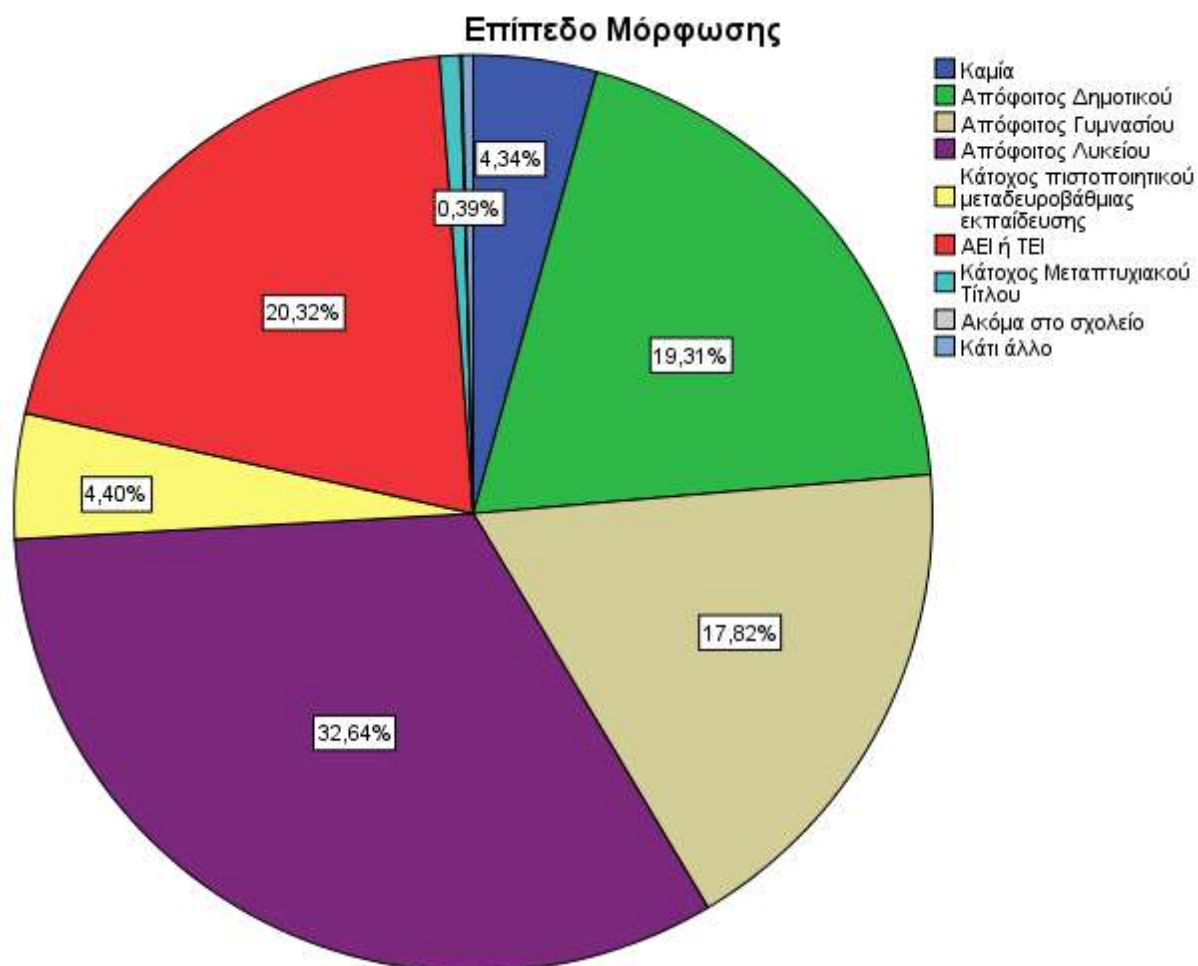
**Επίπεδο Μόρφωσης**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καμία	14451	4,0	4,3	4,3
	Απόφοιτος Δημοτικού	64309	17,6	19,3	23,6



Απόφοιτος Γυμνασίου	59355	16,3	17,8	41,5
Απόφοιτος Λυκείου	108743	29,8	32,6	74,1
Κάτοχος πιστοποιητικού μεταδευροβάθμιας εκπαίδευσης	14663	4,0	4,4	78,5
ΑΕΙ ή ΤΕΙ	67686	18,5	20,3	98,8
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου	2423	,7	,7	99,6
Ακόμα στο σχολείο	183	,1	,1	99,6
Κάτι άλλο	1301	,4	,4	100,0
Total	333114	91,2	100,0	
Missing System	31959	8,8		
Total	365073	100,0		

Πίνακας 6 Επίπεδο Μορφωσης



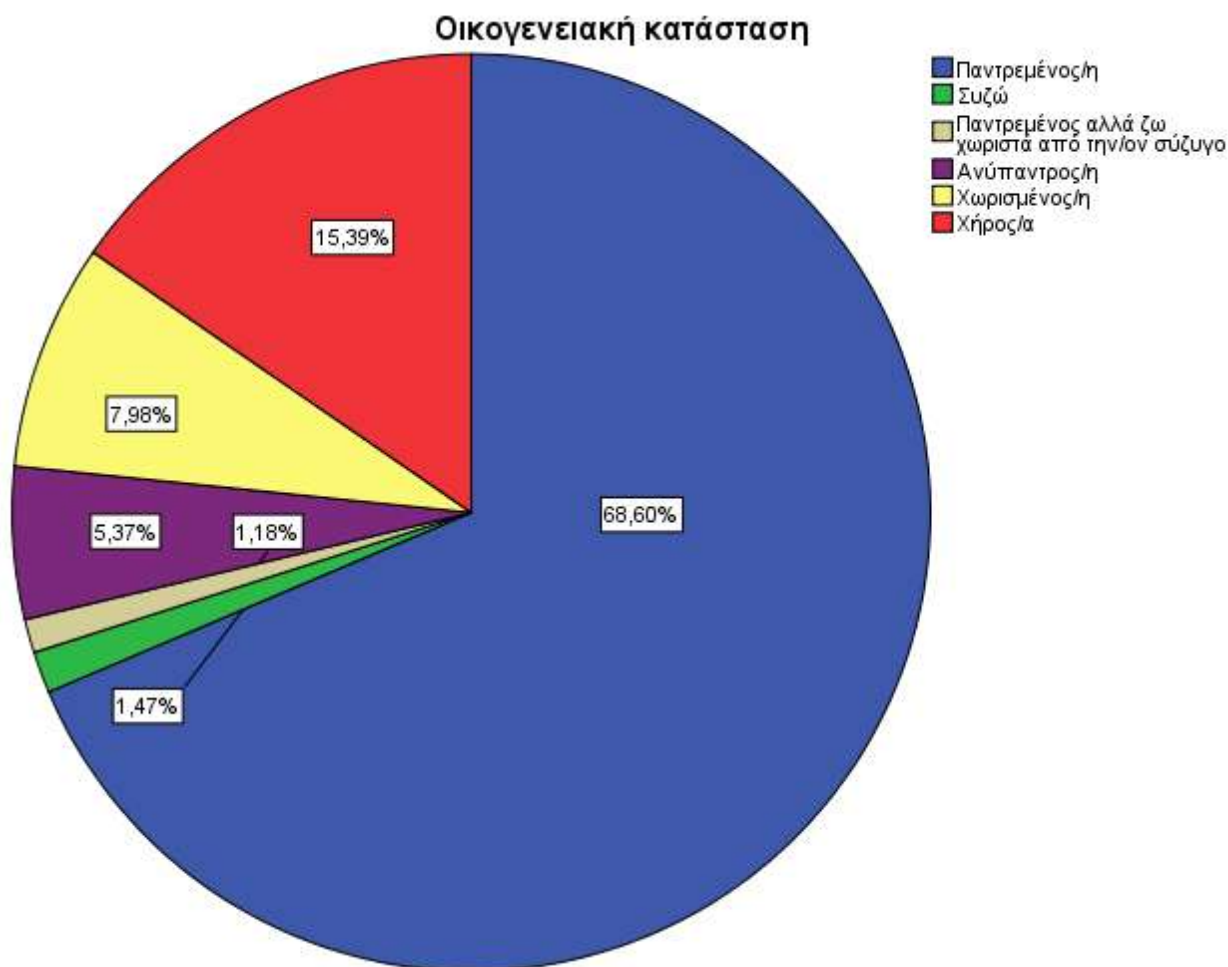
Σχήμα 6 Επίπεδο Μορφωσης

Ελέγχοντας τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Επίπεδο Μόρφωσης, 4,34% των συμμετεχόντων απάντησαν καμία, 19,31% των συμμετεχόντων απάντησαν απόφοιτοι Δημοτικού, 17,82% απόφοιτοι Γυμνασίου, 32,64% απόφοιτοι Λυκείου, 4,40% κάτοχοι πιστοποιητικού μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 20,32%, απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ, 0,7% κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου, ενώ όλοι οι υπόλοιποι απάντησαν ότι ήταν ακόμα στο σχολείο ή κάτι άλλο. Στην ερώτηση περί Οικογενειακή κατάσταση, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Οικογενειακή κατάσταση**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Παντρεμένος/η	229665	62,9	68,6	68,6
	Συζώ	4911	1,3	1,5	70,1
	Παντρεμένος αλλά ζω χωριστά από την/ον σύζυγο	3967	1,1	1,2	71,2
	Ανύπαντρος/η	17982	4,9	5,4	76,6
	Χωρισμένος/η	26732	7,3	8,0	84,6
	Χήρος/α	51541	14,1	15,4	100,0
	Total	334798	91,7	100,0	
Missing	System	30275	8,3		
Total		365073	100,0		

**Πίνακας 7 Οικογενειακή κατάσταση**



**Σχήμα 7 Οικογενειακή κατάσταση**

Παραθέτοντας τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Οικογενειακή κατάσταση, 68,60% των συμμετεχόντων απάντησαν παντρεμένος/η, 1,47% των συμμετεχόντων απάντησαν οτι συζούν, 1,18% οτι ήταν παντρεμένο αλλά ζουν χωριστά από τον/ην σύζυγο, 5,37% ήταν ανύπαντροι/ες, 7,98% χωρισμένος/η, ενώ 15,39% πως ήταν χήροι/ες. Στις ερωτήσεις περί Αριθμός Ατόμων που διαμένουν στην οικία και Αριθμός παιδιών στην οικογένεια, στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Αριθμός Ατόμων που διαμένουν στην οικία	365073	1	15	2,18	1,028
Αριθμός παιδιών στην οικογένεια	272462	0	19	2,19	1,404
Valid N (listwise)	272462				

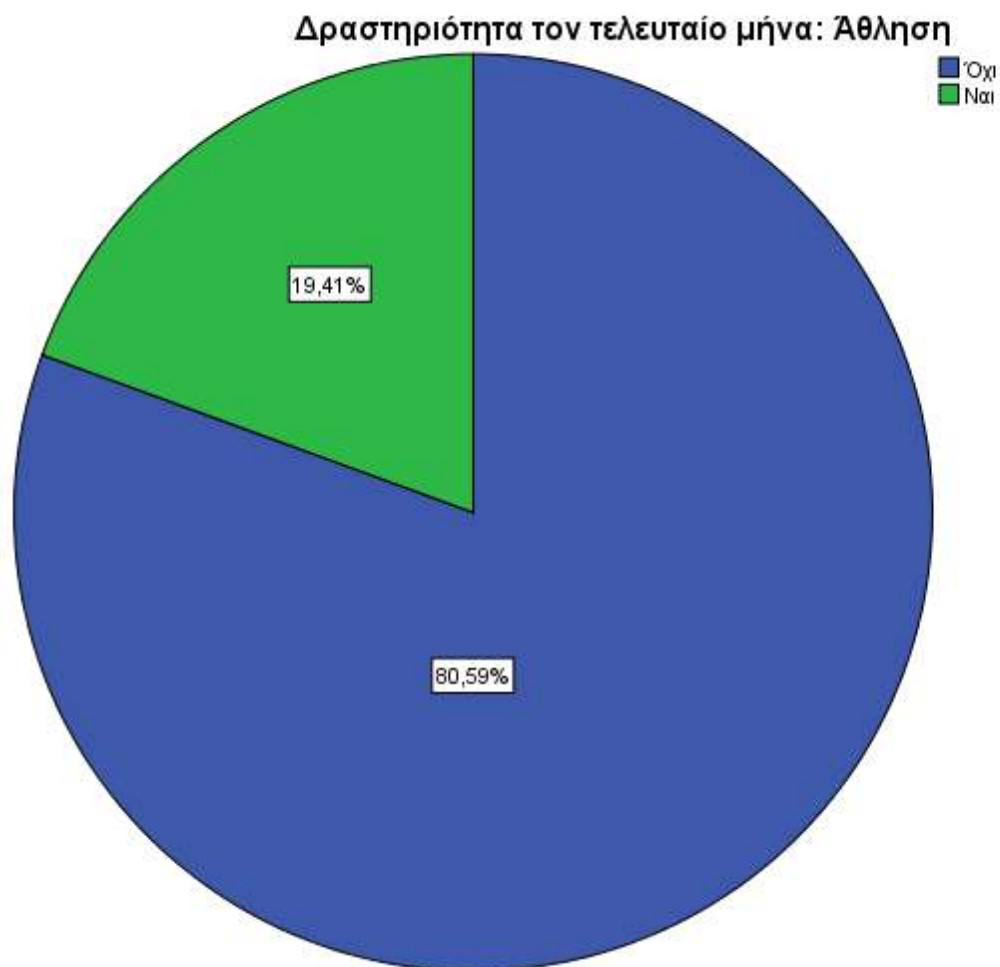
**Πίνακας 8 Αριθμός Ατόμων που διαμένουν στην οικία και Αριθμός παιδιών στην οικογένεια**

Ακολουθώντας τα αποτελέσματα των ερωτήσεων περί Αριθμός Ατόμων που διαμένουν στην οικία και Αριθμός παιδιών στην οικογένεια η πρώτη ερώτηση παρουσίασε ως ελάχιστο το 1 και ως μέγιστο το 15 με ένα μέσο όρο που έφθασε στο 2,18, ενώ η δεύτερη ερώτηση παρουσίασε ως ελάχιστο το 0 και ως μέγιστο το 19 με ένα μέσο όρο που έφθασε στο 2,19. Στην ερώτηση περί Δραστηριότητας τον τελευταίο μήνα: Άθληση, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Δραστηριότητα τον τελευταίο μήνα: Άθληση**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	53323	14,6	80,6	80,6
	Ναι	12845	3,5	19,4	100,0
	Total	66168	18,1	100,0	
Missing	System	298905	81,9		
Total		365073	100,0		

**Πίνακας 9 Δραστηριότητα τον τελευταίο μήνα: Άθληση**



**Σχήμα 8 Δραστηριότητα τον τελευταίο μήνα: Άθληση**

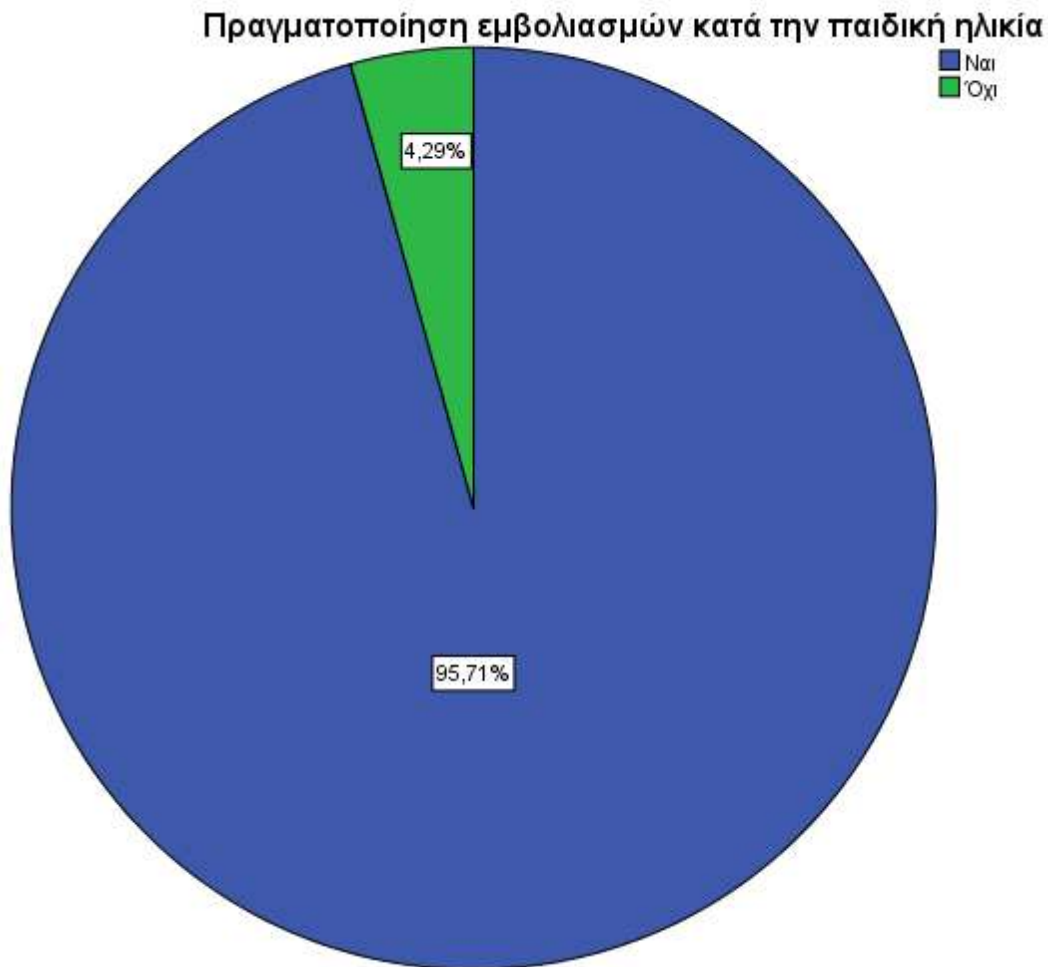
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Δραστηριότητας τον τελευταίο μήνα: Άθληση, 80,59% των συμμετεχόντων απάντησαν Ναι, ενώ 19,41% Όχι. Στην ερώτηση περί Πραγματοποίησης εμβολιασμών κατά την παιδική ηλικία, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Πραγματοποίηση εμβολιασμών κατά την παιδική ηλικία**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	132911	36,4	95,7	95,7
	Όχι	5961	1,6	4,3	100,0
	Total	138872	38,0	100,0	
Missing	System	226201	62,0		

Total	365073	100,0	
-------	--------	-------	--

Πίνακας 10 Πραγματοποίηση εμβολιασμών κατά την παιδική ηλικία



Σχήμα 9 Πραγματοποίηση εμβολιασμών κατά την παιδική ηλικία

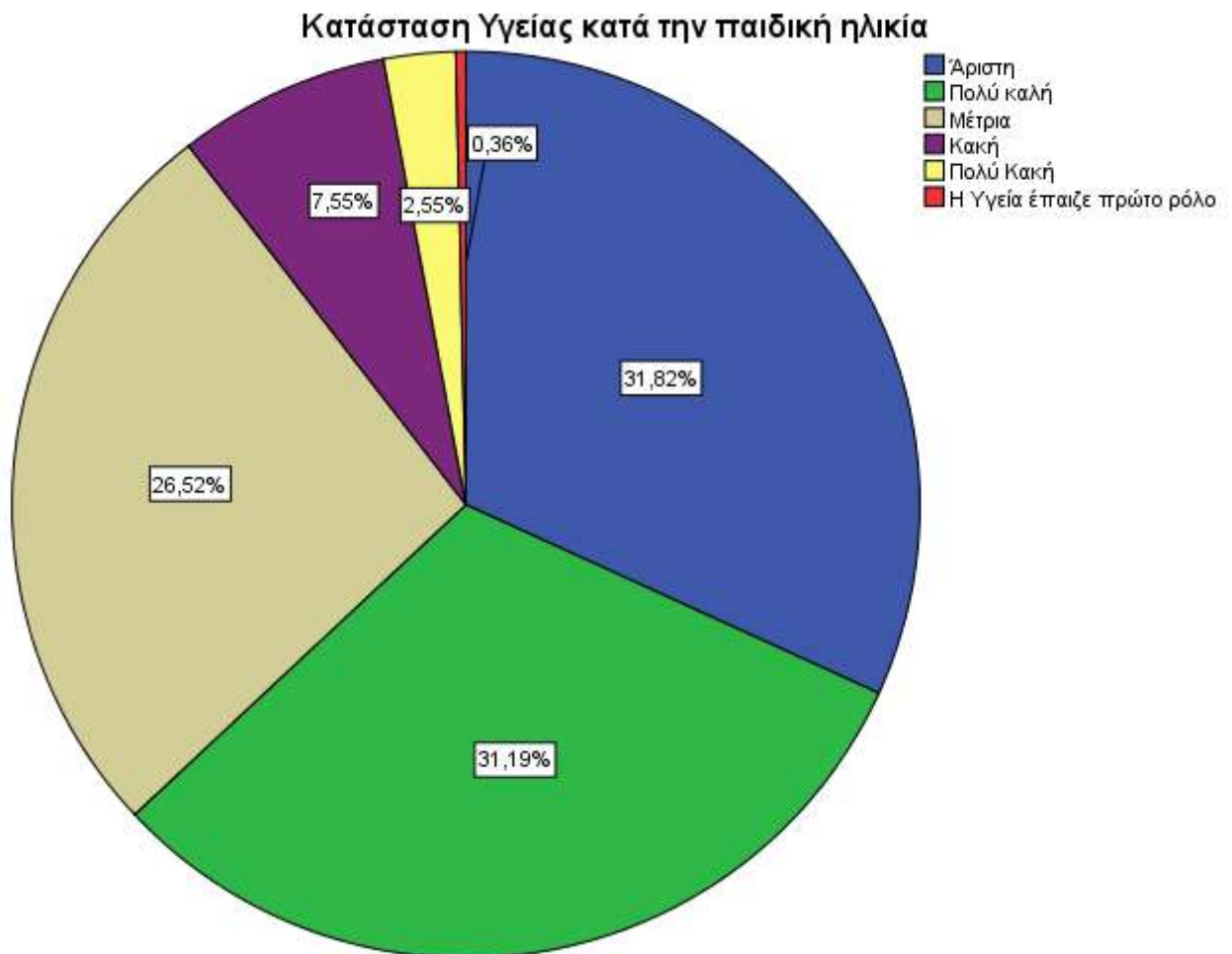
Παρατηρώντας τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Πραγματοποίησης εμβολιασμών κατά την παιδική ηλικία, 95,71% των συμμετεχόντων απάντησαν Ναι, ενώ 4,29% Όχι. Στην ερώτηση περί Κατάσταση Υγείας κατά την παιδική ηλικία, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

Κατάσταση Υγείας κατά την παιδική ηλικία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αριστη	44746	12,3	31,8	31,8

	Πολύ καλή	43861	12,0	31,2	63,0
	Μέτρια	37294	10,2	26,5	89,5
	Κακή	10613	2,9	7,5	97,1
	Πολύ Κακή	3590	1,0	2,6	99,6
	Η Υγεία έπαιξε πρώτο ρόλο	504	,1	,4	100,0
	Total	140608	38,5	100,0	
Missing	System	224465	61,5		
Total		365073	100,0		

Πίνακας 11 Κατάσταση Υγείας κατά την παιδική ηλικία



Σχήμα 10 Κατάσταση Υγείας κατά την παιδική ηλικία

Ακολουθώντας με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Κατάσταση Υγείας κατά την παιδική ηλικία, 31,82% των συμμετεχόντων απάντησαν Άριστη, 31,19% Πολύ καλή, 26,52% Μέτρια, 7,55% Κακή, 2,55% Πολύ

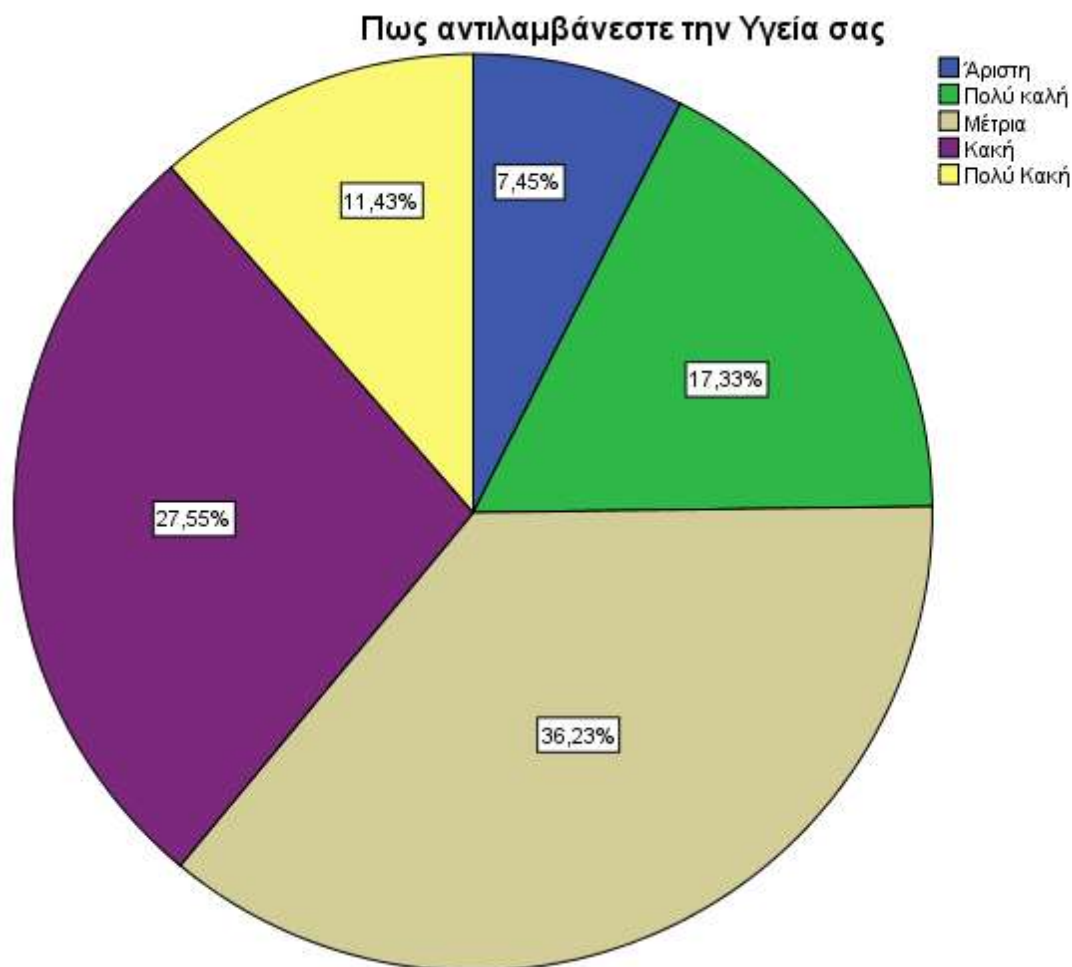
κακή, ενώ 0,36% απάντησαν ότι η Υγεία έπαιξε πρώτο ρόλο. Στην ερώτηση περί Πως αντιλαμβάνεστε την Υγεία σας, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Πως αντιλαμβάνεστε την Υγεία σας**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άριστη	27099	7,4	7,5	7,5
	Πολύ καλή	63034	17,3	17,3	24,8
	Μέτρια	131741	36,1	36,2	61,0
	Κακή	100181	27,4	27,6	88,6
	Πολύ Κακή	41573	11,4	11,4	100,0
	Total	363628	99,6	100,0	
Missing	System	1445	,4		
Total		365073	100,0		

**Πίνακας 12 Πως αντιλαμβάνεστε την Υγεία σας**





**Σχήμα 11 Πως αντιλαμβάνεστε την Υγεία σας**

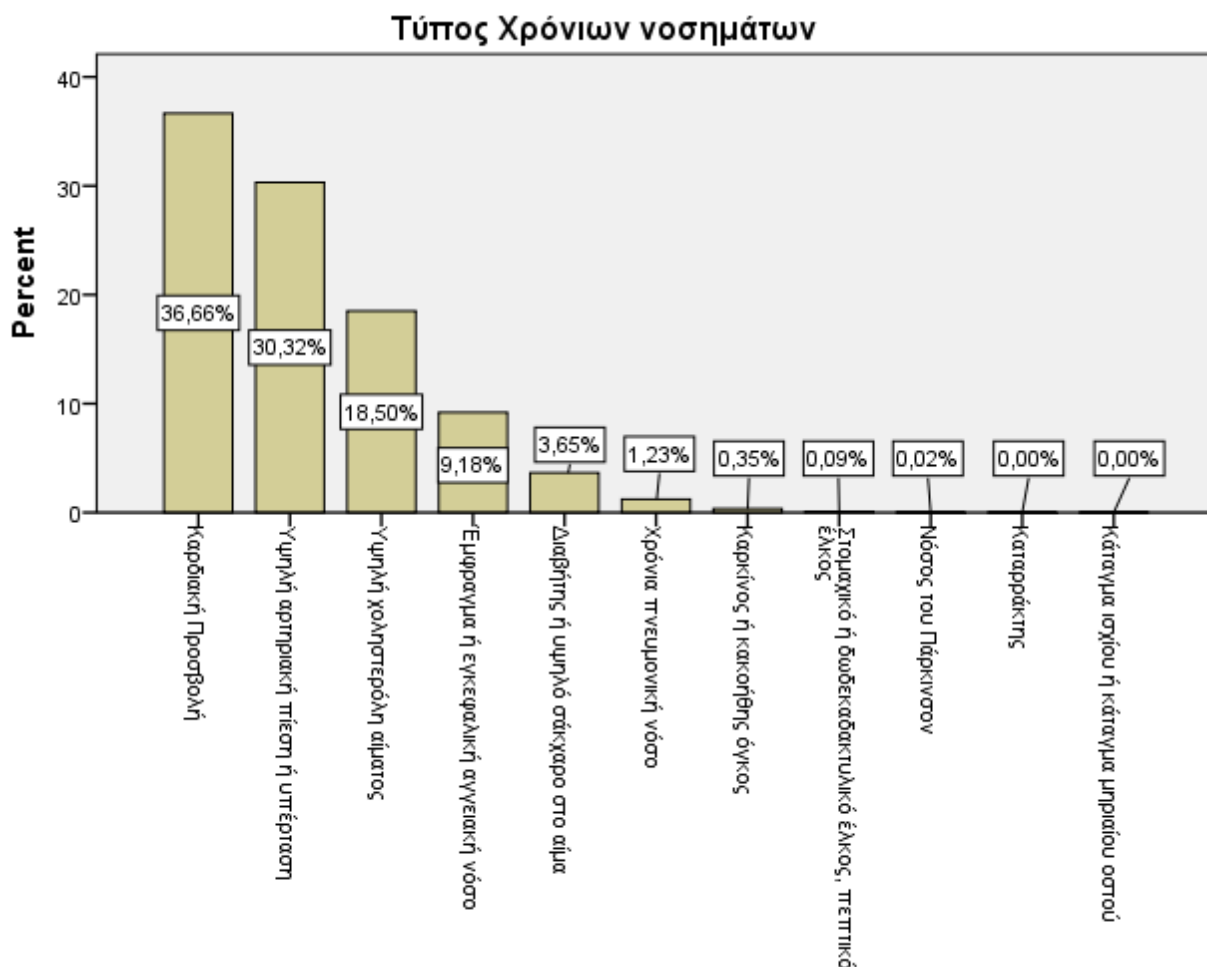
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Πως αντιλαμβάνεστε την Υγεία σας, 7,45% των συμμετεχόντων απάντησαν Άριστη, 17,33% Πολύ καλή, 36,23% Μέτρια, 27,55% Κακή, ενώ 11,43% Πολύ κακή. Στην ερώτηση περί Τύπου Χρόνιων νοσημάτων, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Τύπος Χρόνιων νοσημάτων**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καρδιακή Προσβολή	122822	33,6	36,7	36,7
	Υψηλή αρτηριακή πίεση ή υπέρταση	101568	27,8	30,3	67,0

Υψηλή χοληστερόλη αίματος	61969	17,0	18,5	85,5
Έμφραγμα ή εγκεφαλική αγγειακή νόσο	30767	8,4	9,2	94,7
Διαβήτης ή υψηλό σάκχαρο στο αίμα	12219	3,3	3,6	98,3
Χρόνια πνευμονική νόσο	4120	1,1	1,2	99,5
Καρκίνος ή κακοήθης όγκος	1167	,3	,3	99,9
Στομαχικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος, πεπτικό έλκος	316	,1	,1	100,0
Νόσος του Πάρκινσον	56	,0	,0	100,0
Καταρράκτης	7	,0	,0	100,0
Κάταγμα ισχίου ή κάταγμα μηριαίου οστού	1	,0	,0	100,0
Total	335012	91,8	100,0	
Missing System	30061	8,2		
Total	365073	100,0		

**Πίνακας 13 Τύπος Χρόνιων νοσημάτων**



**Σχήμα 12 Τύπος Χρόνιων νοσημάτων**

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Τύπου Χρόνιων νοσημάτων, 36,66% των συμμετεχόντων απάντησαν Καρδιακή προσβολή, 30,32% Υψηλή αρτηριακή πίεση ή υπέρταση, 18,50% Υψηλή χολεστερόλη αίματος, 9,18% Έμφραγμα ή εγκεφαλική αγγειακή νόσο, 3,65% Διαβήτης ή υψηλό σάκχαρο στο αίμα, 1,23% χρόνια πνευμονική νόσος, 0,35% καρκίνος ή κακοήθης όγκος, 0,09% Στομαχικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος, πεπτικό έλκος, 0,02% Νόσος του Πάρκινσον, ενώ μικρότερο του 0,01% καταράκτης ή κάταγμα ισχίου ή κάταγμα μηριαίου οστού. Στην ερώτηση περί Δείκτη ποιότητας ζωής και ευημερίας, στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

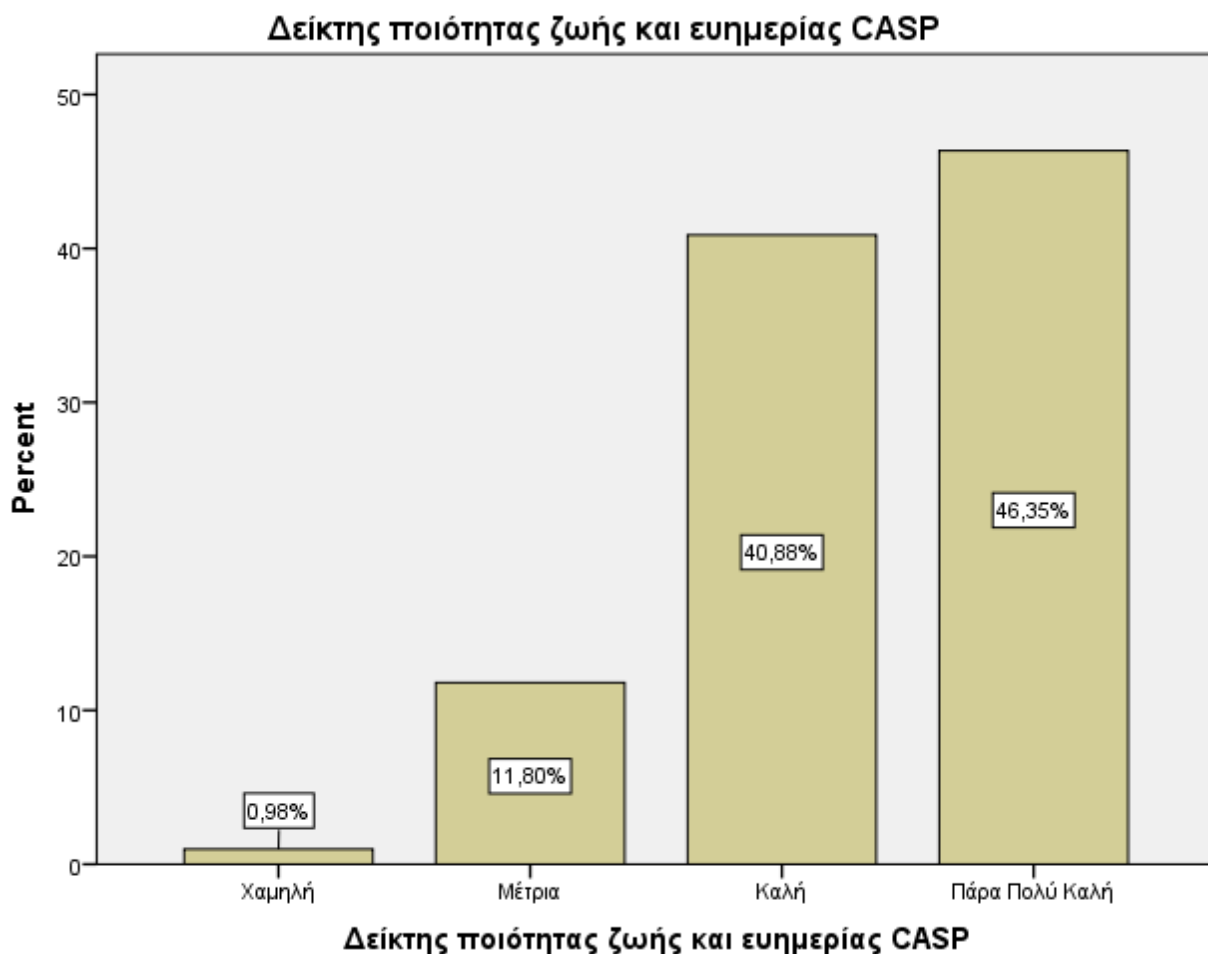
Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας	305033	12	48	37,16	6,374
Valid N (listwise)	305033				

Πίνακας 14 Δείκτη ποιότητας ζωής και ευημερίας

Ελέγχοντας τα αποτελέσματα των ερωτήσεων περί Δείκτη ποιότητας ζωής και ευημερίας η ερώτηση παρουσίασε ως ελάχιστο το 12 και ως μέγιστο το 48 με ένα μέσο όρο που έφθασε στο 37,16. Στην ερώτηση περί Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλή	2984	,8	1,0	1,0
	Μέτρια	35982	9,9	11,8	12,8
	Καλή	124692	34,2	40,9	53,7
	Πάρα Πολύ Καλή	141375	38,7	46,3	100,0
	Total	305033	83,6	100,0	
Missing	System	60040	16,4		
Total		365073	100,0		

Πίνακας 15 Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP



**Σχήμα 13 Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP**

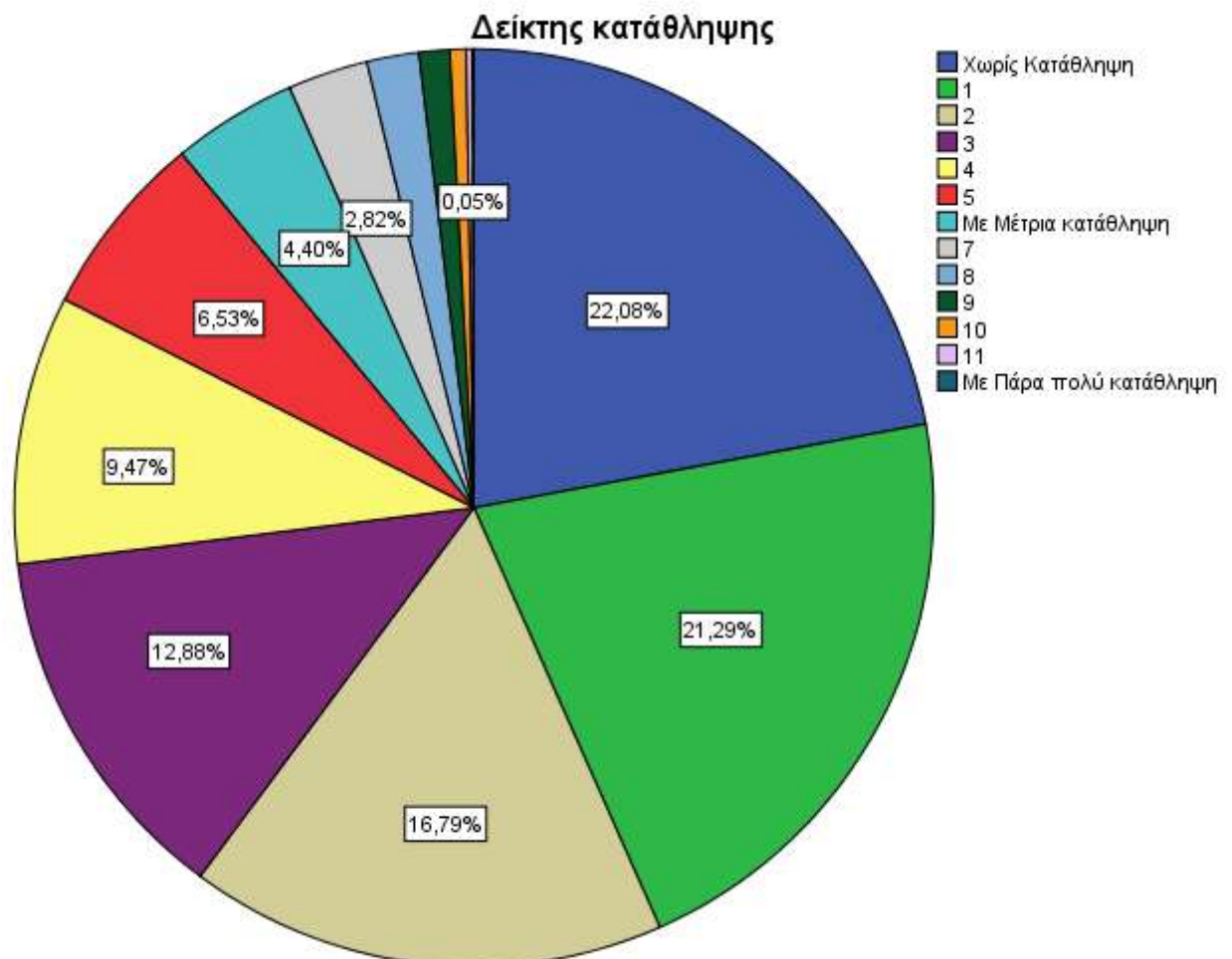
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP, 0,98% των συμμετεχόντων απάντησαν Χαμηλή, 11,80% Μέτρια, 40,88% καλή, ενώ 46,35% Πάρα πολύ καλή. Στην ερώτηση περί Δείκτης κατάθλιψης, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Δείκτης κατάθλιψης**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χωρίς Κατάθλιψη	58245	16,0	22,1	22,1
	1	56173	15,4	21,3	43,4
	2	44293	12,1	16,8	60,2
	3	33968	9,3	12,9	73,0

4	24987	6,8	9,5	82,5
5	17237	4,7	6,5	89,0
Με Μέτρια κατάθλιψη	11596	3,2	4,4	93,4
7	7443	2,0	2,8	96,3
8	4831	1,3	1,8	98,1
9	2846	,8	1,1	99,2
10	1503	,4	,6	99,7
11	571	,2	,2	99,9
Με Πάρα πολύ κατάθλιψη	135	,0	,1	100,0
Total	263828	72,3	100,0	
Missing System	101245	27,7		
Total	365073	100,0		

Πίνακας 16 Δείκτης κατάθλιψης



Σχήμα 14 Δείκτης κατάθλιψης

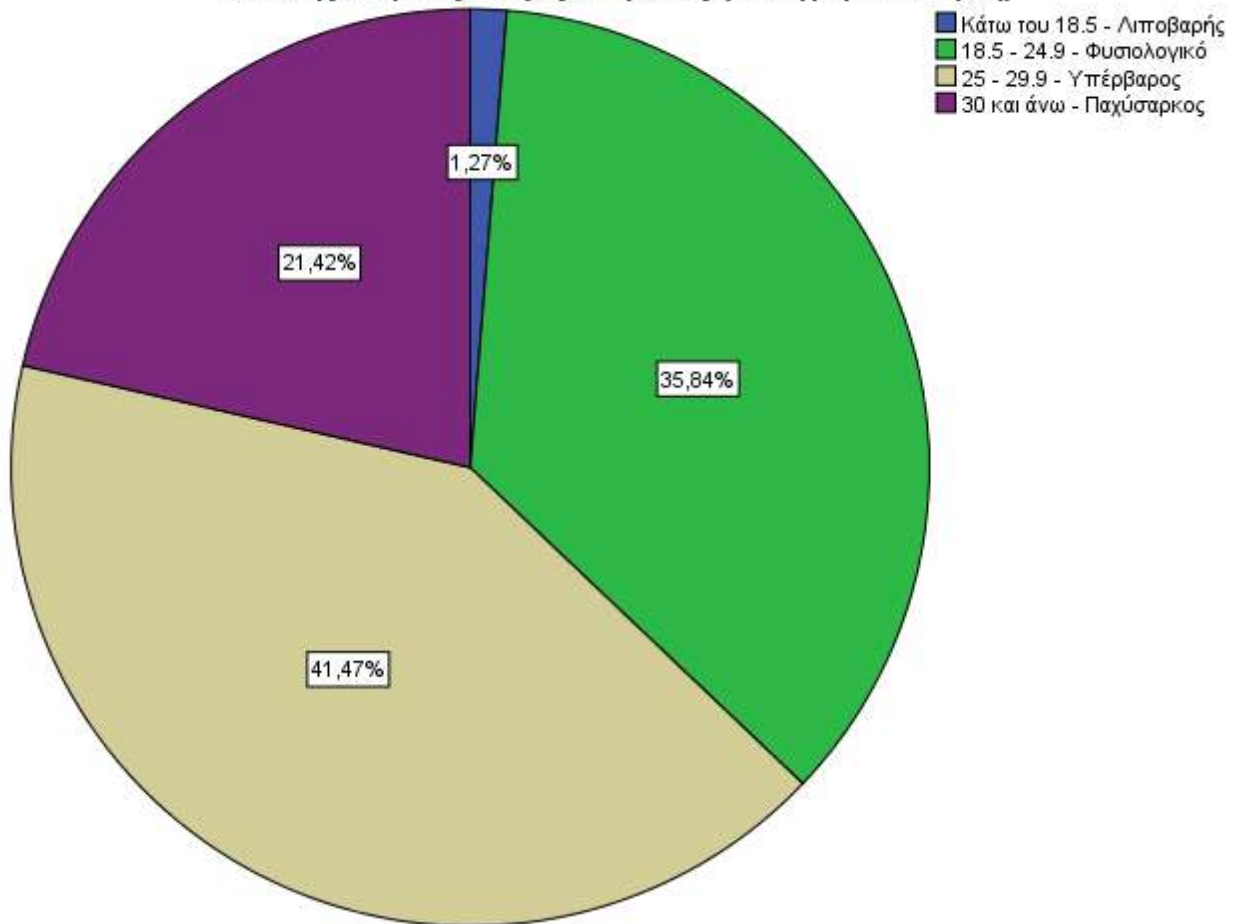
Παρατηρώντας τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Δείκτη κατάθλιψης, 22,1% των συμμετεχόντων απάντησαν 0=Χωρίς Κατάθλιψη, 21,3% σημείωσαν 1, 16,8% σημείωσαν 2, 12,9% σημείωσαν 3, 9,5% σημείωσαν 4, 6,5% σημείωσαν 5, 4,4% σημείωσαν 6= Με μέτρια κατάθλιψη, 2,8% σημείωσαν 7, 1,8% σημείωσαν 8, 1,1% σημείωσαν 9, 0,6% σημείωσαν 10, 0,2% σημείωσαν 11, ενώ 0,1% σημείωσαν 12=Με Πάρα πολύ κατάθλιψη. Στην ερώτηση περί Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση), στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάτω του 18.5 - Λιποβαρής	4129	1,1	1,3	1,3
	18.5 - 24.9 - Φυσιολογικό	116409	31,9	35,8	37,1
	25 - 29.9 - Υπέρβαρος	134707	36,9	41,5	78,6
	30 και άνω - Παχύσαρκος	69591	19,1	21,4	100,0
	Total	324836	89,0	100,0	
Missing	System	40237	11,0		
Total		365073	100,0		

**Πίνακας 17 Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση)**

### Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση)



Σχήμα 15 Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση)

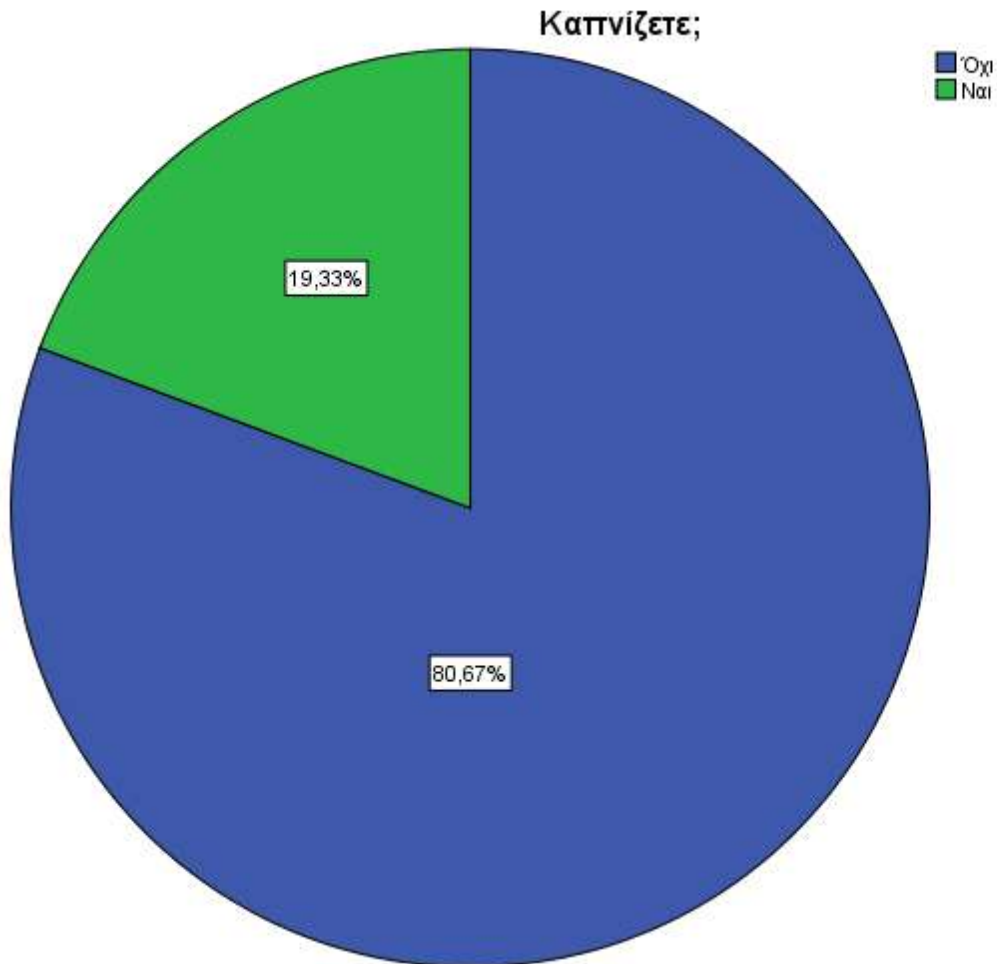
Ακολουθώς τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση), 1,27% των συμμετεχόντων ανήκουν στην κατηγορία Λιποβαρής (κάτω του 18,5), 35,84% ανήκουν στην κατηγορία φυσιολογικό (18,5 – 24,9), 41,47% ανήκουν στην κατηγορία Υπέρβαρων (25 – 29,9), ενώ 21,42% ανήκουν στην κατηγορία Παχύσαρκων (30 και άνω). Στην ερώτηση εάν Καπνίζετε, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

		Καπνίζετε;			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	166142	45,5	80,7	80,7



	Nai	39805	10,9	19,3	100,0
	Total	205947	56,4	100,0	
Missing	System	159126	43,6		
Total		365073	100,0		

**Πίνακας 18 Καπνίζετε;**



**Σχήμα 16 Καπνίζετε;**

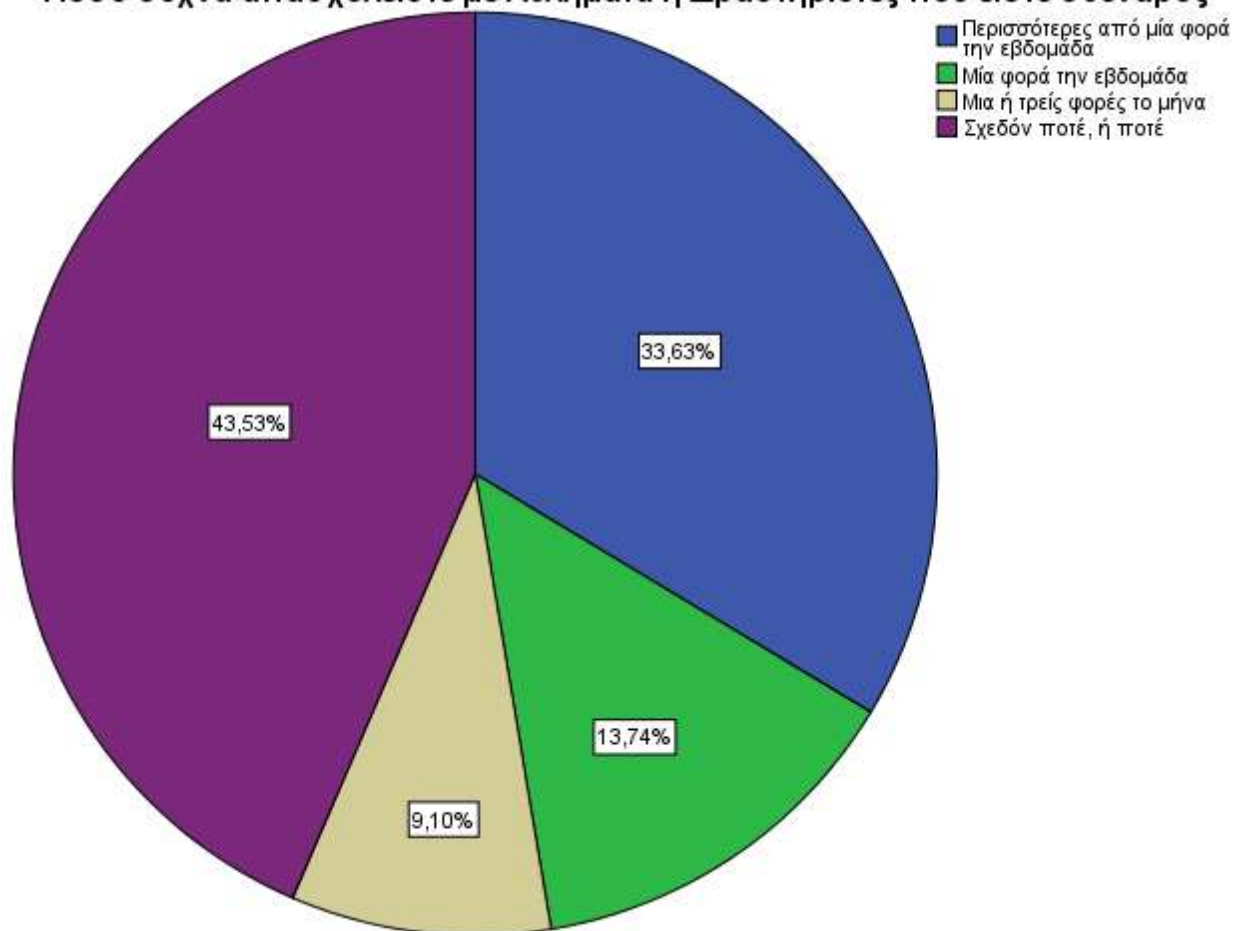
Παρατηρώντας τα αποτελέσματα της ερώτησης εάν Καπνίζετε, 80,67% των συμμετεχόντων απάντησαν Όχι, ενώ 19,33% απάντησαν Ναι. Στην ερώτηση Πόσο συχνά απασχολείστε με Αθλήματα ή Δραστηριότητες που είστε σθεναρός, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Πόσο συχνά απασχολείστε με Αθλήματα ή Δραστηριότητες που είστε σθεναρός**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Περισσότερες από μία φορά την εβδομάδα	91601	25,1	33,6	33,6
	Μία φορά την εβδομάδα	37432	10,3	13,7	47,4
	Μια ή τρεις φορές το μήνα	24791	6,8	9,1	56,5
	Σχεδόν ποτέ, ή ποτέ	118559	32,5	43,5	100,0
	Total	272383	74,6	100,0	
Missing	System	92690	25,4		
Total		365073	100,0		

**Πίνακας 19 Πόσο συχνά απασχολείστε με Αθλήματα ή Δραστηριότητες που είστε σθεναρός**

**Πόσο συχνά απασχολείστε με Αθλήματα ή Δραστηριότητες που είστε σθεναρός**



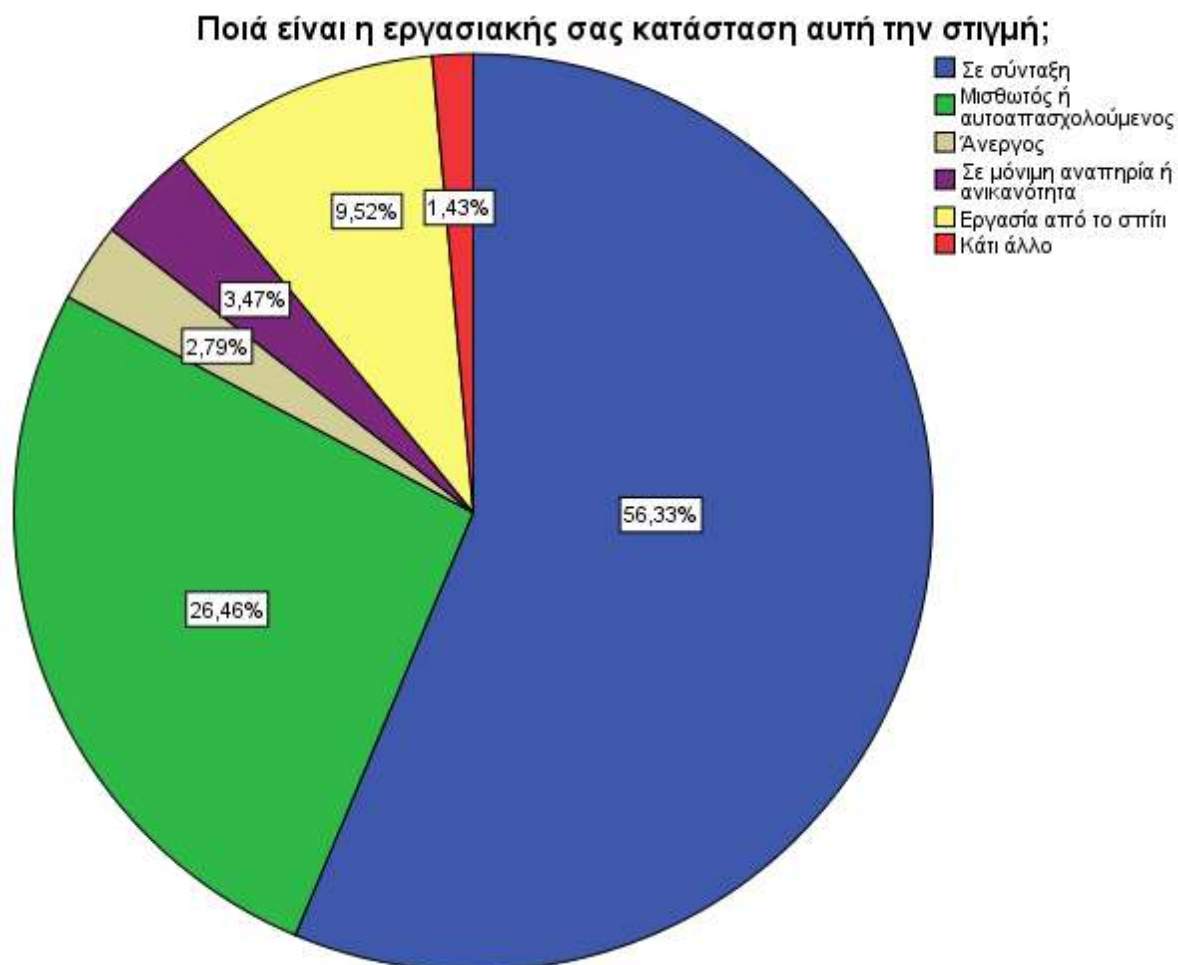
**Σχήμα 17 Πόσο συχνά απασχολείστε με Αθλήματα ή Δραστηριότητες που είστε σθεναρός**

Ελέγχοντας τα αποτελέσματα της ερώτησης Πόσο συχνά απασχολείστε με Αθλήματα ή Δραστηριότητες που είστε σθεναρός, 33,63% των συμμετεχόντων απάντησαν Περισσότερες από μια φορά την εβδομάδα, 13,74% μια φορά την εβδομάδα, 9,10% μια ή τρεις φορές το μήνα, ενώ 43,53% σχεδόν ποτέ ή ποτέ. Στην ερώτηση Ποιά είναι η εργασιακής σας κατάσταση αυτή την στιγμή, στο παρακάτω σχήμα και πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Ποιά είναι η εργασιακής σας κατάσταση αυτή την στιγμή;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σε σύνταξη	187166	51,3	56,3	56,3
	Μισθωτός ή αυτοαπασχολούμενος	87899	24,1	26,5	82,8
	Άνεργος	9270	2,5	2,8	85,6
	Σε μόνιμη αναπηρία ή ανικανότητα	11526	3,2	3,5	89,0
	Εργασία από το σπίτι	31634	8,7	9,5	98,6
	Κάτι άλλο	4752	1,3	1,4	100,0
	Total	332247	91,0	100,0	
Missing	System	32826	9,0		
Total		365073	100,0		

**Πίνακας 20 Ποιά είναι η εργασιακής σας κατάσταση αυτή την στιγμή;**



**Σχήμα 18 Ποιά είναι η εργασιακή σας κατάσταση αυτή την στιγμή;**

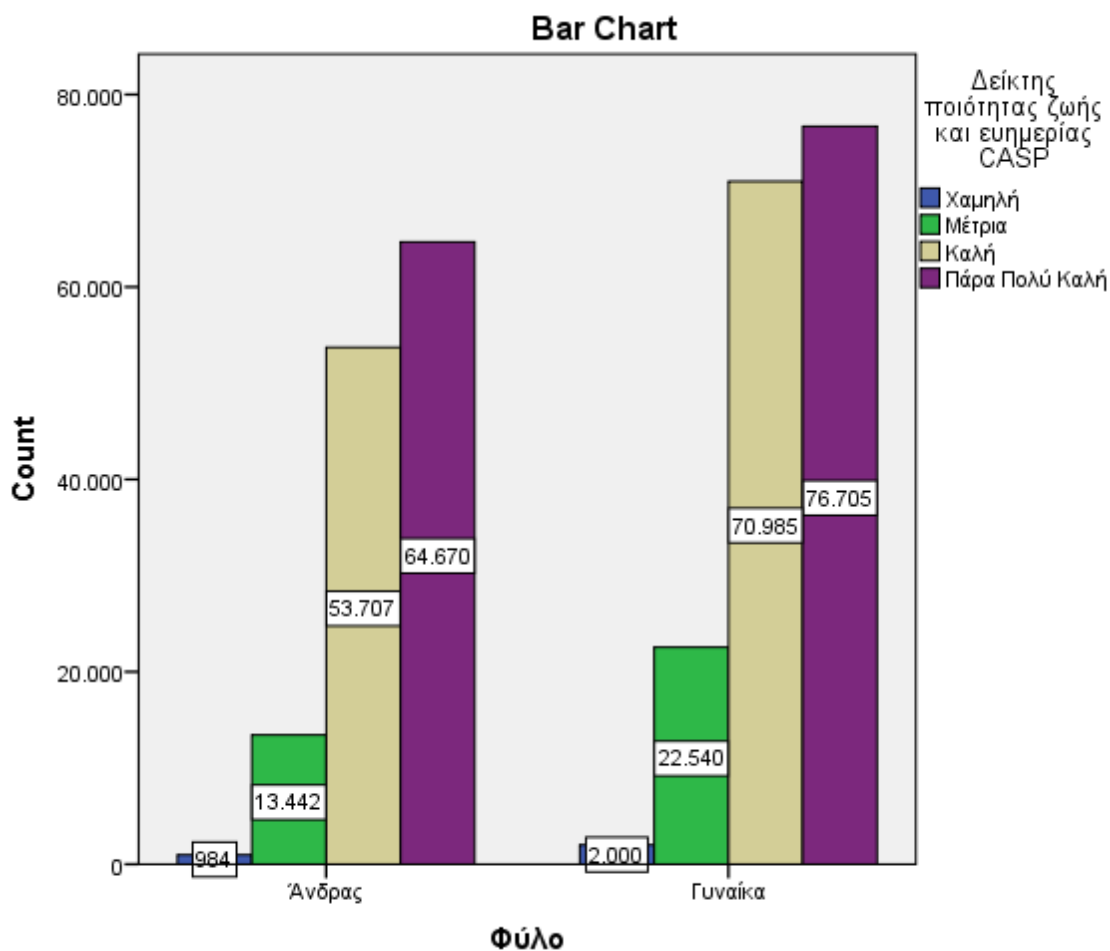
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης Ποια είναι η εργασιακή σας κατάσταση αυτή την στιγμή, 56,33% των συμμετεχόντων απάντησαν σε σύνταξη, 26,46% μισθωτός ή αυτοαπασχολούμενος, 2,79% άνεργοι, 3,47% σε μόνιμη αναπηρία ή ανικανότητα, 9,52% εργασία από το σπίτι, ενώ 1,43% κάτι άλλο. Στις ερωτήσεις Σύνολο ωρών εργασίας ανά εβδομάδα στην κύρια εργασία σας και Ποιο είναι το καθαρό οικογενειακό σας εισόδημα, στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά.

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Σύνολο ωρών εργασίας ανά εβδομάδα στην κύρια εργασία σας	71869	,0	168,0	37,426	13,5406
Ποιο είναι το καθαρό οικογενειακό σας εισόδημα;	271588	0	9589806	31961,43	54472,003
Valid N (listwise)	70909				

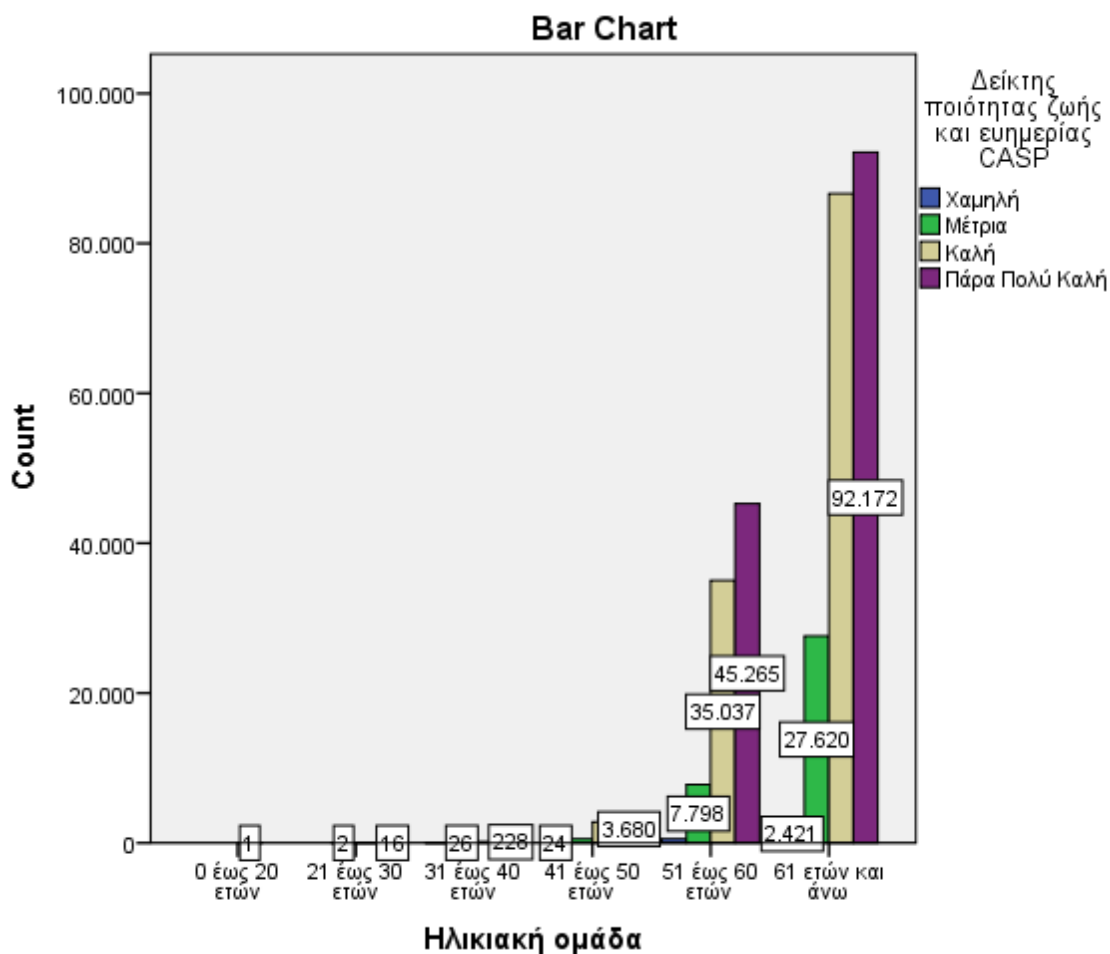
**Πίνακας 21** Σύνολο ωρών εργασίας ανά εβδομάδα στην κύρια εργασία σας και Ποιο είναι το καθαρό οικογενειακό σας εισόδημα

Ακολούθως τα αποτελέσματα των ερωτήσεων Σύνολο ωρών εργασίας ανά εβδομάδα στην κύρια εργασία σας και Ποιο είναι το καθαρό οικογενειακό σας εισόδημα, η 1<sup>η</sup> ερώτηση παρουσίασε ως ελάχιστο το 0 και ως μέγιστο το 168 με ένα μέσο όρο που έφθασε στο 37,426, ενώ η 2<sup>η</sup> ερώτηση παρουσίασε ως ελάχιστο το 0 και ως μέγιστο το 9589806 με ένα μέσο όρο που έφθασε στο 31961,43. Ακολούθως ελέγχουμε εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ των 3<sup>ων</sup> Δεικτών (Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP, Δείκτης κατάθλιψης, Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση)) και τις ερωτήσεις φύλου και ηλικιακής ομάδας. Στα παρακάτω σχήματα Συνάφειας (Crosstabulation) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά. Αρχικά ελέγχουμε τον Δείκτη ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP συγκριτικά με τις ερωτήσεις φύλου και ηλικιακής ομάδας.



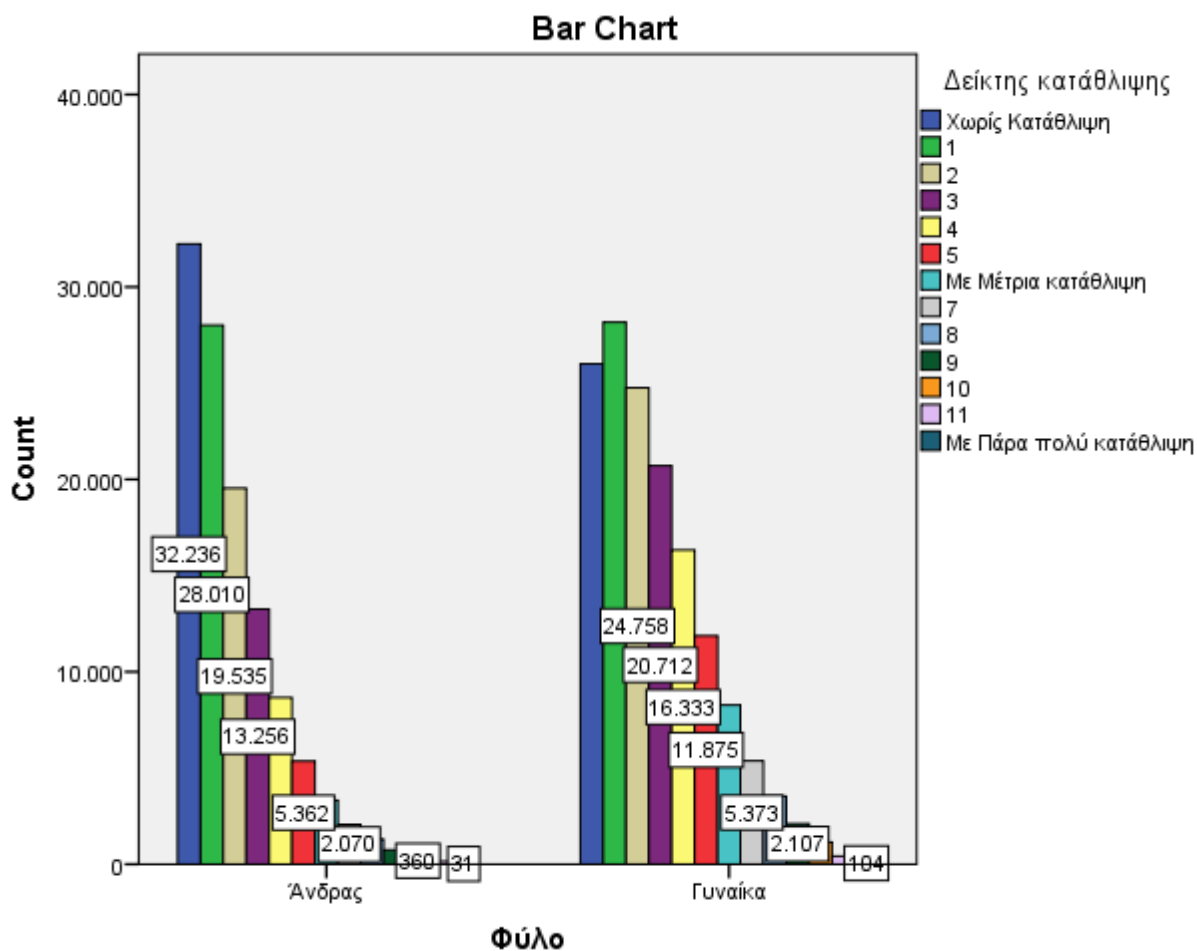
**Σχήμα 19** Διάγραμμα crosstabulation Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP vs Φύλο

Ελέγχοντας τα αποτελέσματα του άνωθεν διαγράμματος οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στον Δείκτη ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP σε όλες τις τιμές (Χαμηλή, Μέτρια, Καλή και Πάρα πολύ καλή.



**Σχήμα 20** Διάγραμμα crosstabulation Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP vs Ηλικιακή ομάδα

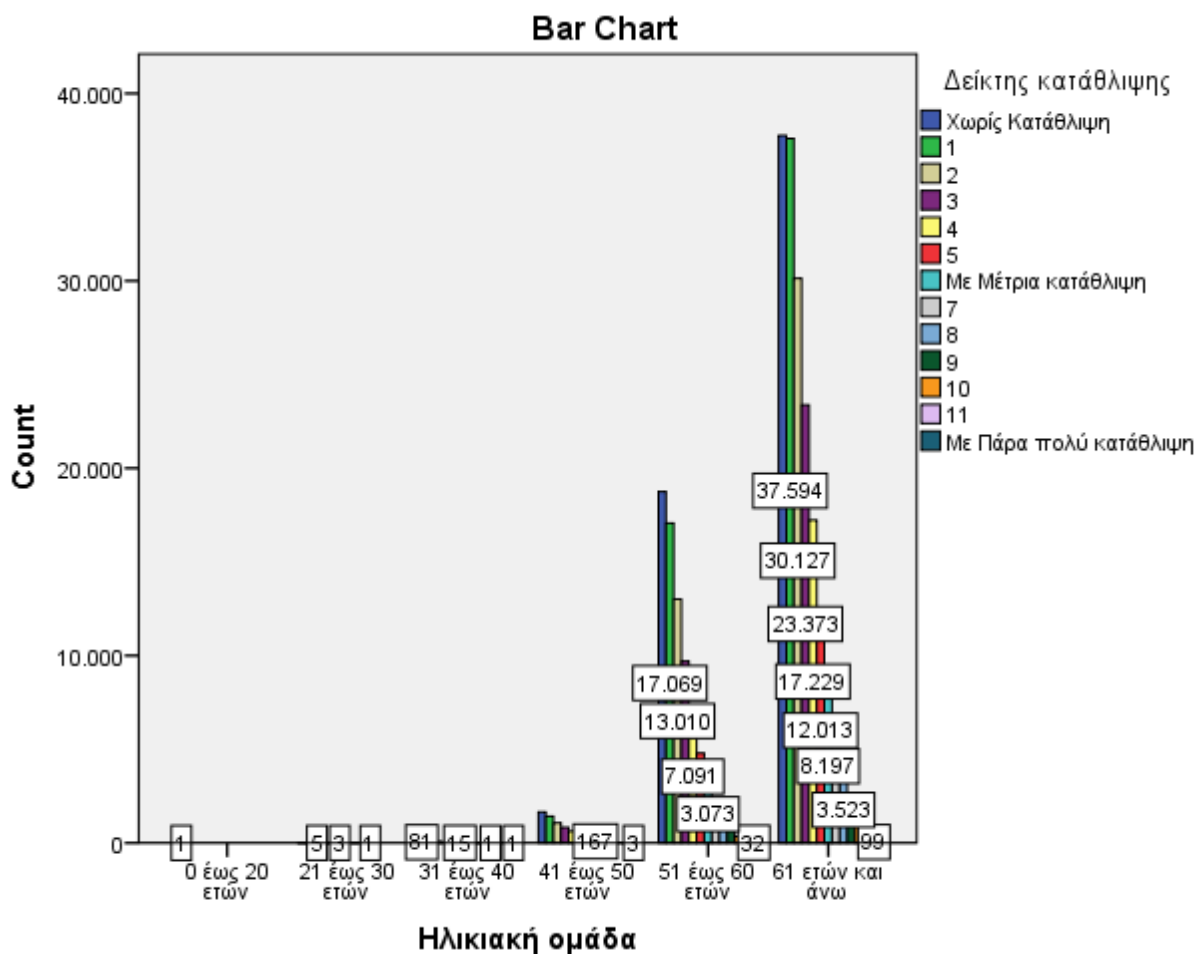
Παρατηρώντας τα αποτελέσματα του άνωθεν διαγράμματος οι μεγαλύτερες ηλικίες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στον Δείκτη ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP σε όλες τις τιμές (Χαμηλή, Μέτρια, Καλή και Πάρα πολύ καλή. Συγκεκριμένα για τις ηλικιακές ομάδες 51 έως 60 ετών και 61 ετών και άνω εντοπίζονται οι εν λόγω τιμές.



**Σχήμα 21 Διάγραμμα crosstabulation Δείκτης Κατάθλιψης vs Φύλο**

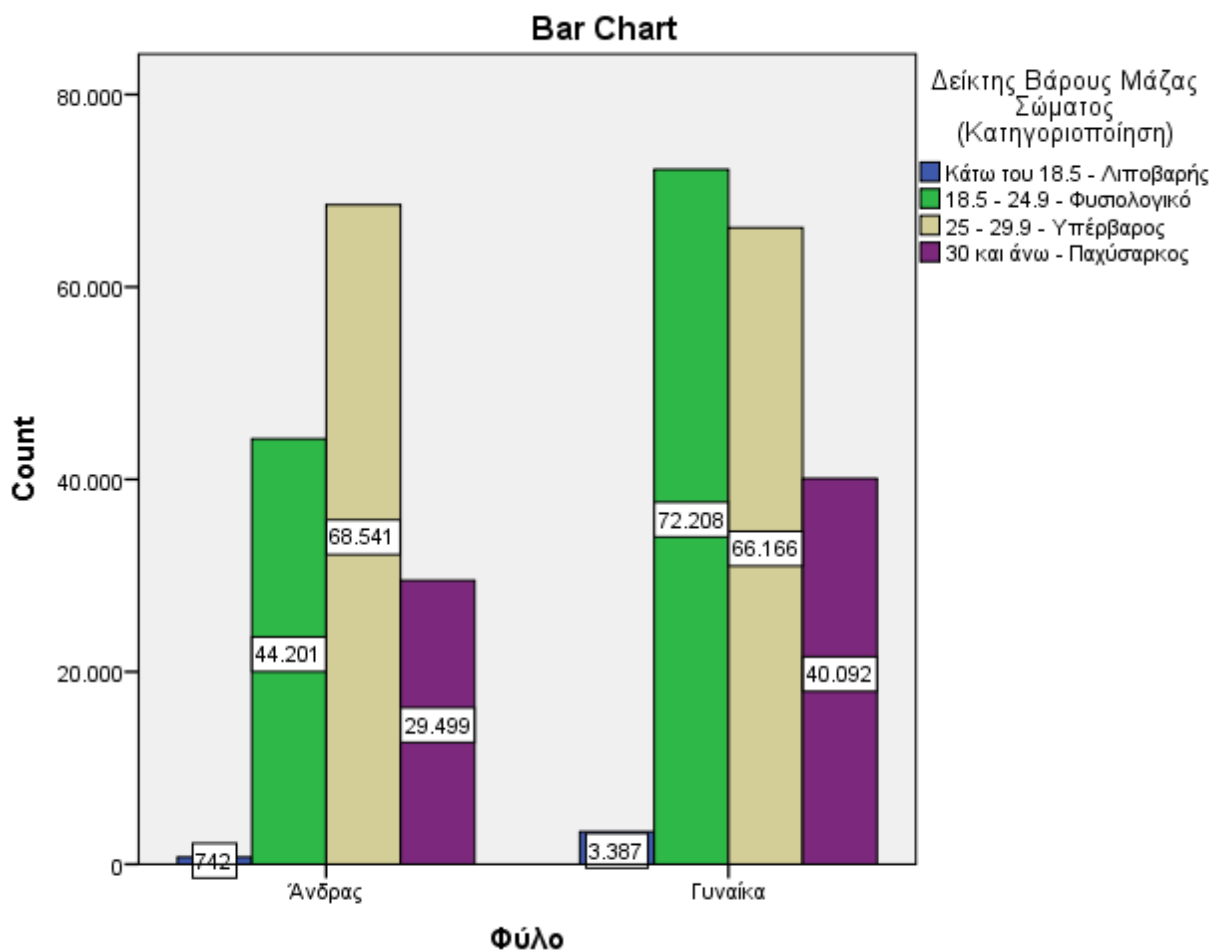
Ελέγχοντας τα αποτελέσματα του άνωθεν διαγράμματος οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στον Δείκτη Κατάθλιψης από τις τιμές 6=Με μέτρια κατάθλιψη μέχρι και την 12=Με Πάρα πολύ κατάθλιψη.





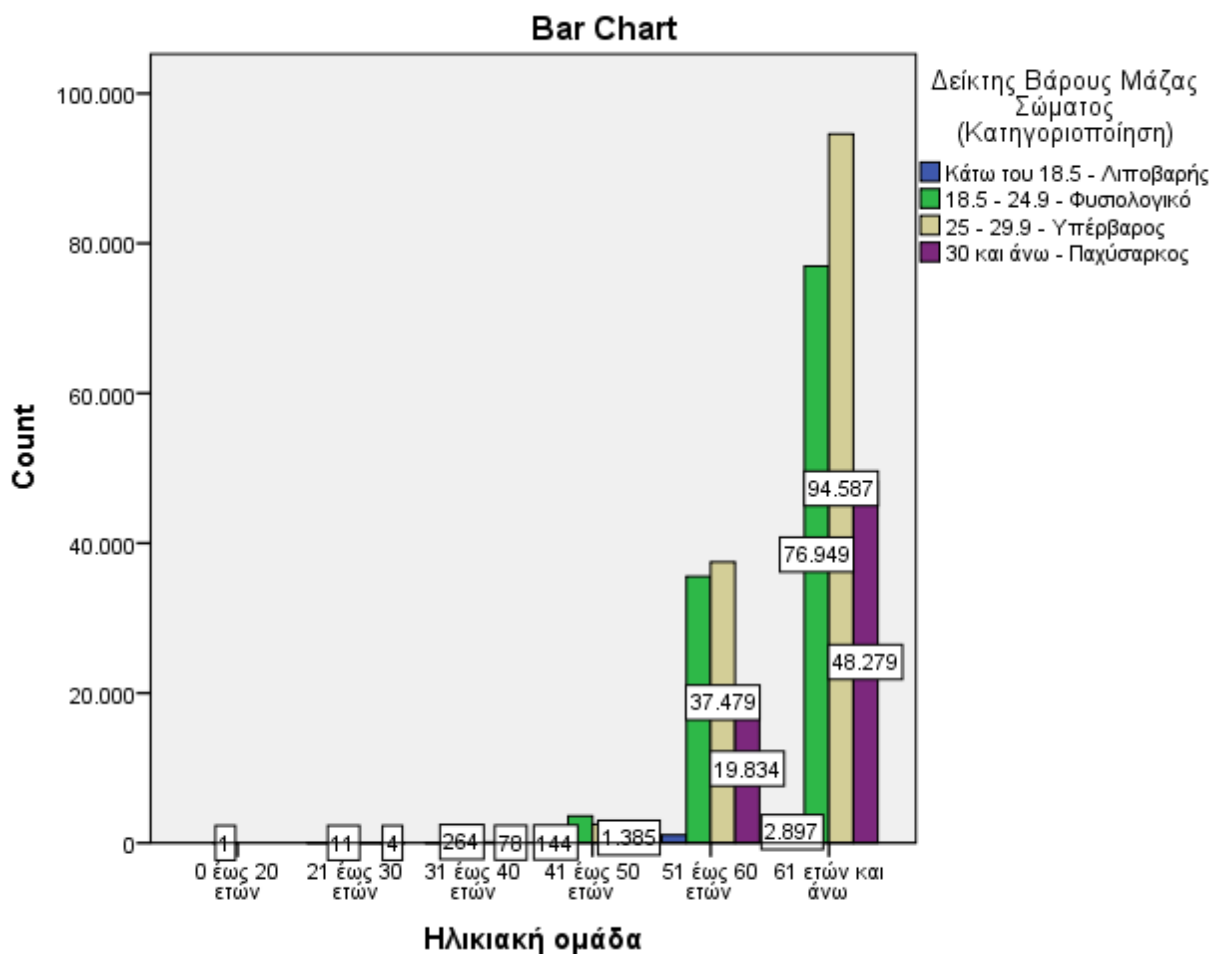
**Σχήμα 22** Διάγραμμα crosstabulation Δείκτης Κατάθλιψης vs Ηλικιακή ομάδα

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα του άνωθεν διαγράμματος οι μεγαλύτερες ηλικίες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στον Δείκτη κατάθλιψης σε όλες τις τιμές του Δείκτη (0=Χωρίς Κατάθλιψη μέχρι και 12= Με Πάρα πολύ κατάθλιψη. Συγκεκριμένα για τις ηλικιακές ομάδες 51 έως 60 ετών και 61 ετών και άνω εντοπίζονται οι εν λόγω τιμές και ελάχιστα για την ηλικιακή ομάδα 41 έως 50 ετών.



**Σχήμα 23** Διάγραμμα crosstabulation Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση) vs Φύλο

Ακολούθως τα αποτελέσματα του άνωθεν διαγράμματος οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στον Δείκτη Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση) για τις τιμές του Δείκτη.



**Σχήμα 24** Διάγραμμα crosstabulation Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση) vs Ηλικιακή ομάδα

Κοιτώντας τα αποτελέσματα του άνωθεν διαγράμματος οι μεγαλύτερες ηλικίες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στον Δείκτη Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση) σε όλες τις τιμές του Δείκτη. Συγκεκριμένα για τις ηλικιακές ομάδες 51 έως 60 ετών και 61 ετών και άνω εντοπίζονται οι εν λόγω τιμές και ελάχιστα για την ηλικιακή ομάδα 41 έως 50 ετών. Τέλος εφαρμόζουμε στις βασικές μας μεταβλητές που μπορεί να εφαρμοσθεί έλεγχος συσχετίσεων, ο έλεγχος συσχετίσεων του Spearman. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα εν λόγω αποτελέσματα.

Τύπος Χρόνιων νοσημάτων	Έλεγχος Συσχετίσεων Spearman						
	Correlation Coefficient	Τύπος Χρόνιων νοσημάτων	Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP	Δείκτης κατάθλιψης	Κατάσταση Υγείας κατά την παιδική ηλικία	Ποιό είναι το καθαρό οικογενειακό σας εισόδημα;	Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση)
		1					
	Sig. (2-tailed)	-					
Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP	Correlation Coefficient	-0.252	1				
	Sig. (2-tailed)	0.000	-				
Δείκτης κατάθλιψης	Correlation Coefficient	0.247	-0.54	1			
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	-			
Κατάσταση Υγείας κατά την παιδική ηλικία	Correlation Coefficient	0.122	-0.17	0.163	1		
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	-		
Ποιό είναι το καθαρό οικογενειακό σας εισόδημα;	Correlation Coefficient	-0.066	0.143	-0.071	-0.05	1	
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	-	
Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση)	Correlation Coefficient	0.193	-0.08	0.034	0.028	-0.04	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	-

**Πίνακας 22 Πίνακας συσχετίσεων μεταβλητών με το κριτήριο του Spearman**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του άνωθεν πίνακα εφαρμόζονται έλεγχοι 2 επιπέδων. Στο 1<sup>ο</sup> επίπεδο ελέγχουμε το κατά πόσο οι συνδυασμοί ερωτήσεων είναι στατιστικά σημαντικοί. Αυτό εντοπίζεται από την γραμμή Sig. (2-tailed) και σημειώνονται με κίτρινο όσοι συνδυασμοί εμφανίζουν νούμερο μικρότερο του 0.01. Από τον άνωθεν πίνακα λοιπόν εντοπίζεται πως όλοι συνδυασμοί ερωτήσεων είναι στατιστικά σημαντικοί. Στο 2<sup>ο</sup> επίπεδο ελέγχουμε για τους στατιστικά σημαντικούς συνδυασμούς τα αποτελέσματα της γραμμής Correlation coefficient. Οι τιμές του Correlation coefficient εμφανίζουν το πώς μεταβάλλονται οι τιμές της κάθε ερώτησης σε σχέση με την απάντηση που λαμβάνει η άλλη. Ακόμα με βάση τις τιμές που λαμβάνει το κριτήριο του Spearman (-1, 1) οι τιμές που είναι αρκετά κοντά στα άκρα του διαστήματος παρουσιάζουν υψηλή θετική ή αρνητική συσχέτιση. Έτσι σημειώνουμε με μπλε χρώμα τους συνδυασμούς που παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση.

Οι εν λόγω συνδυασμοί είναι ο Δείκτης Κατάθλιψης και ο Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP όπου όσο η τιμή του ενός μεταβάλλεται, η τιμή του άλλου μειώνεται κατά -0,54. Σχετικά υψηλή συσχέτιση ωστόσο παρουσιάζει και ο συνδυασμός Τύπος χρόνιων νοσημάτων και ο Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP, όπου όσο η τιμή του ενός μεταβάλλεται, η τιμή του άλλου μειώνεται κατά -0,252. Τέλος Σχετικά υψηλή συσχέτιση ωστόσο παρουσιάζει και ο συνδυασμός Ποιο είναι το καθαρό οικογενειακό σας εισόδημα και ο Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP, όπου όσο η τιμή του ενός μεταβάλλεται, η τιμή του άλλου αυξάνεται κατά 0,143.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο : ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση με στόχο την εύρεση Δεικτών οι οποίοι μετρούν την ποιότητα ζωής και ταυτόχρονα το επίπεδο της υγείας αλλά και το κατά πόσο αυτοί επηρεάζονται από άλλες κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους. Οι τρεις Δείκτες στους οποίους καταλήξαμε και έγινε ανάλυση αυτών με δεδομένα μεγέθους 365.073 παρατηρήσεων από την ευρωπαϊκή βάση δεδομένων easySHARE 7.0 και συγκεκριμένα στο κύμα 7 ήταν οι ακόλουθοι:

- ❖ Δείκτης ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP
- ❖ Δείκτης κατάθλιψης
- ❖ Δείκτης Βάρους Μάζας Σώματος (Κατηγοριοποίηση)

Για την επίτευξη του στόχου χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα της ευρωπαϊκής βάση δεδομένων easySHARE 7.0 και έγινε εφαρμογή ποικίλων στατιστικών ελέγχων (Περιγραφική Στατιστική, διαγράμματα Crosstabulation, έλεγχος συσχετίσεων Spearman) με την βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 24.0.

Στην συνέχεια υπολογίστηκαν τα διαγράμματα συνάφειας Crosstabulation αλλά και ο πίνακας συσχετίσεων. Τα αποτελέσματα λοιπόν αυτά κατέδειξαν τα παρακάτω:

1. Οι 3 Δείκτες εμφανίζουν μεγαλύτερη συγκέντρωση στο φύλο των γυναικών οπότε δείχνουν να επηρεάζουν περισσότερο το γυναικείο φύλο.

2. Οι 3 Δείκτες εμφανίζουν μεγαλύτερη συγκέντρωση σε μεγάλες Ηλικιακές ομάδες και συγκεκριμένα σε Ηλικίες 51 έως 60 ετών και 61 ετών και άνω, οπότε δείχνουν να επηρεάζουν περισσότερο αυτές τις ηλικίες.
3. Εμφανίστηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ του Δείκτη Κατάθλιψης και του Δείκτη ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP με τιμή κατά Spearman  $-0,54$ .
4. Εμφανίστηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του Τύπου Χρόνιων Νοσημάτων και του Δείκτη ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP με τιμή κατά Spearman  $-0,252$ , το οποίο μας καταδεικνύει πως τα χρόνια νοσήματα επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου.
5. Εμφανίστηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του Καθαρού Οικογενειακού σας Εισοδήματος και του Δείκτη ποιότητας ζωής και ευημερίας CASP με τιμή κατά Spearman  $0,143$ , το οποίο μας καταδεικνύει πως τα οικονομικά στοιχεία (εισόδημα) επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου. Οπότε καταλαβαίνουμε πως έτσι εξηγείται και η όποια πιθανή αύξηση των Χρόνιων νοσημάτων κατά την περίοδο Κρίσης (βλέπε εικόνα 2).

Επιπλέον με βάση την διεθνή βιβλιογραφία και τα αποτελέσματα των αναφερθέντων ερευνών που παρουσιάστηκαν στο διεθνή και ελλαδικό χώρο, είναι εμφανές ότι υπάρχει μεγάλος επιπολασμός του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα το οποίο καταιδκνύεται ομοίως και στην δική μας μελέτη. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ άγχους,

κατάθλιψης και χρόνιας ασθένειας. Μελέτες έδειξαν ότι το αυξημένο χρόνιο στρες συσχετίζεται με την επιτάχυνση της γήρανσης, τη μείωση του μήκους των τελομερών (δείκτης κυτταρικής γήρανσης), τα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά των μείζονων καταθλιπτικών διαταραχών και την εμφάνιση των αυτοάνοσων νοσημάτων το οποίο ομοίως εντοπίστηκε και στην δική μας μελέτη. Αξίζει τέλος να σημειωθεί πως σαν επόμενο βήμα για περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να γίνει έρευνα μεταξύ της ευρωπαϊκής βάση δεδομένων easySHARE 7.0 αλλά και χρονοσειρών ΑΕΠ, κατά κεφαλήν ΑΕΠ, κλπ. Όπως και ο έλεγχος προγενέστερων ετών όπως και πιθανή χρήση άλλων Δεικτών μέτρηση της Υγείας και της ποιότητας ζωής.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. 15ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό συνέδριο, Η Νοσηλευτική στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Πρακτικά 1988, Λευκωσία - Κύπρος
2. Cabello CC, Cabello CF. Zoonoses with wildlife reservoirs: a threat to public health and economy. *Rev Med Chil* 2008 Mar; 136(3):385-93.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing emerging diseases: A strategy for the 21 st century, CDC 1998, Atlanta, GA.
4. Cutler SJ, Fooks AR, van der Poel WH. Public health threat of new, reemerging and neglected zoonoses in the industrialized world. *Emerg Infect Dis* 2010 Jan; 16(1):1-7.
5. Debroise Anne. Οι αναδυόμενες ασθένειες, όταν οι ιοί ταξιδεύουν. Γνώσεις του 21ου αιώνα. Larousse 2006.
6. Draper N. & Smith H. (Μετάφραση: Χατζηκωνσταντινίδης Ε. & Καλαματιανού Α.) “Εφαρμοσμένη Ανάλυση Παλινδρόμησης”, 1997
7. Fallowfield L.. (1991) The quality of life, the missing measurement in health care: Philosophical issues and Methodological issues. Paul (ed.). New York, pp.17-18.
8. Gellert GA. Preparing for emerging infections. *Nature* 1994 Aug 11; 370(6489): 409-10.
9. Heymann D.L., Rodier GG. Global Surveillance of Communicable Diseases. *Journal of emerging Infectious Diseases*, Vol. 4 (3): 362-365.

- 10.Homquist J. O., (1982) The concept of quality of life. ScandJ Soc Med,\. 10, pp. 57-61
- 11.Hughes JM. Conference on “emerging Infectious Diseases: Meeting the Challenge”. Emerg Infect Dis 1995 Jul-Sep;1(3):101.
- 12.Marwick C. Effective response to emerging diseases called an essential priority worldwide, JAMA 1995, Vol. 273 (4): 318-320.
- 13.Meslin FX, Stohr K, Heymann D. Public health implications of emerging zoonoses. Rev Sci Tech. 2000 Apr; 19(1): 310-7.
- 14.Morse SS. The role of wildlife in emerging and re-emerging zoonoses. Rev Sci Tech 2004 Aug; 23(2):495-511.
- 15.Murphy L, Newcomb R. Infectious disease (Ebola virus). Kentucky nurse; Vol:51(1);p.12/2003 Jan-Mar.
- 16.National Science and Technology Council, Committee on International Science, Engineering, and Technology Working Group on Emerging and Re-emerging Infectious Diseases. Infectious Diseases: A Global Health Threat, National Science and Technology Council, Washington D.C. 1995.
- 17.Noji KE. The Global Resurgence of Infectious diseases. Trend Report, December 2001, Vol. 9:223-231.
- 18.Nsubuga P, Eseko N, Tadesse W, Ndayimirije N, Stella C, McNabb S. Structure and performance of infectious disease surveillance and response, United Republica of Tanzania, 1998. Bull.World Health Organ. 2002, 80(3):196-203.
- 19.Raviglione MC., SNIDER DE., Kochi A. Global Epidemiology of Tuberculosis: Morbidity and Mortality of a Worldwide Epidemic. JAMA 1995, Vol. 273: 220-226.

- 20.Schwoebel V, Hamers F. European surveillance of infectious diseases: the case of AIDS and tuberculosis. Rev Epidemiol Sante Publique. 1998 Dec;46(6):457-66.
- 21.Smith H. Dangerous pathogens 2000: an overview of the international conference. J Appl Microbiol. 2001. Oct; 91(4):621-3.
- 22.Trottier H, Carabin H, Philippe P. Measles, pertussis, rubella and mumps completeness of reporting. Literature review of estimates for industrialized countries. Rev Epidemiol Sante Publique. 2006 Feb;54(1):27-39.
- 23.Wilson ME., Levins R, Spielman A. Disease in Evolution: Global Changes and Emergence of Infectious Diseases, New York Academy of Sciences, New York, 1994.
- 24.Winkler MA., Flanagan A. Infectious disease: a global approach to a global problem. JAMA 1996, Vol. 275 (3): 245-246.
- 25.Wolinsky E. Statement of the Tuberculosis Committee of the Infectious Diseases Society of America 1993.
- 26.World Health Organization (WHO). Emerging and other Communicable Diseases Strategic Plan 1996-2000. WHO/EMC/96.1, WHO, Geneva.
- 27.World Health Organization European Office. Communicable Diseases won't stop at a Border Crossing, WHO, Copenhagen, 1997.
- 28.Κούτρας, Χ. Ευαγγελάρας "Ανάλυση Παλινδρόμησης, θεωρία και εφαρμογές", 2010
- 29.Μαλγαρινού Μ.Α. - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, «Νοσηλευτική: Παθολογική, Χειρουργική», Τόμος Β', Μέρος 2ο, Αθήνα 1987

- 30.Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ., Τριαντάφυλλου Ε., Χριστοδούλου Γ. (2001), «Ποιότητα ζωής και ψυχική γεια. Αρχεία ελληνικής ιατρικής», σελ. 239-240.
- 31.Παπαδάτου Δ. — Φ. Αναγνωστόπουλος, Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 2012.
- 32.Σαπουντζή Δ. - Κρεπιά, «Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα μια ολιστική προσέγγιση», Έλλην, Αθήνα 1998
- 33.Σαρρής Μ. , «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», Παπαζήση, Αθήνα 2001
- 34.Σαχίνη Α. - Καρδάση, Μ. Πάνου, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική», Β' Έκδοση, 2ος Τόμος, Αθήνα 1997
- 35.Τούντας Γ., Τριανταφύλλου Δ. & Φρισήρας Σ., (2000). Δείκτες Υγείας στην Ευρώπη, Αρχαίας Ελληνικής Ιατρικής, 17(1):89-100
- 36.Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία: Αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές», Παρισιανός, Αθήνα 1982
- 37.Υφαντόπουλος Γ. (2007), «Μέτρηση ποιότητας ζωής και το Ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ. 24, σελ. 18
- 38.Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ. (2001), «Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής- Μέθοδοι μέτρησης», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ.18, σελ. 218-222

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. <https://www.who.int/gho/en/> (05/10/2019)
2. <https://www.statistics.gr/> (05/10/2019)
3. <https://www.moh.gov.gr/> (05/10/2019)
4. [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com) (05/10/2019)